

**SABERES Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUEMADO**

**KNOWLEDGE AND PRACTICES OF THE NURSING PROFESSIONAL IN THE
CARE OF THE BURNED PATIENT**

Jennifer Naranjo Quintero

Trabajo de grado para optar al título de Magister de Enfermería

Asesora
Ángela María Salazar Maya
Docente Universidad de Antioquia
Doctora en Enfermería

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Facultad de Enfermería
Medellín
2018

Tabla de Contenido

	Pág.
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Historia y epidemiología del paciente quemado.	15
1.2.2 Manejo del paciente quemado.	19
1.2.3 Cuidados de enfermería y persona con quemaduras.	19
1.2.4 Pregunta de investigación	20
1.3 Justificación.....	20
1.4 Objetivos	22
1.4.1 General.....	22
1.4.2 Específicos.....	22
2. MARCO CONCEPTUAL.....	23
2.1 Conceptos	23
2.1.1 Conocimiento.....	23
2.1.3 Prácticas.....	24
2.1.4 Saber práctico.	24
2.1.5 El saber enfermero.....	24
2.2 Generalidades de la quemadura	31
2.3 Fisiopatología.....	32
2.4 Tratamiento	33
2.6.2 Rol de la enfermera en el tratamiento del paciente quemado.	38
3. MARCO METODOLÓGICO	44
3.1 Generalidades de la investigación cualitativa	44
3.2 Epistemología de la investigación cualitativa	45
3.3 Diseño y enfoque: estudio de caso típico descriptivo	45
3.4 Muestra.....	47
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
3.5.1. Observación participante.....	48

3.5.2. Entrevistas semiestructuradas.....	49
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	51
3.6.1. Análisis inductivo.	51
3.6.2. Categorización.....	52
3.6.3 Triangulación hermenéutica.	52
3.7. Rigor metodológico.....	53
3.8 Aspectos éticos de la investigación.....	54
4.1 Caracterización sociodemográfica	58
4.2 Trabajar en un contexto diferente	58
4.2.1 Características de la unidad de quemados:	59
4.2.2 Atributos para trabajar en la unidad de quemados:.....	60
4.2.3. Vivir y convivir en la unidad de quemados:	61
4.2.4 Personal o equipo de trabajo de la unidad de quemados:	63
4.2.5. Cirujano plástico:	64
4.2.6. Funciones y/o actividades de la auxiliar de enfermería:	65
4.3 Enfermera, eje central	66
4.3.1 Enfermera como eje central:	67
4.3.2 Enfermera, gestión del cuidado y del servicio:	70
4.3.3 Colaborar con la rehabilitación física en el paciente quemado:.....	76
4.3.4 Intervenir el dolor del paciente quemado:	78
4.3.5. Siguiendo la trayectoria del paciente quemado:	79
4.3.6 Valorar la evolución del paciente quemado:	82
4.3.7. Realizar la curación del paciente quemado:	85
4.3.8 Curación con sedación:	88
4.3.9 Valorar el proceso de cicatrización:	90
4.3.10 Establecer objetivos para el paciente quemado:.....	91
4.3.11 Participar en las visitas del paciente quemado:.....	93
4.4 Saberes aprendidos.....	94
4.4.1 Aprendiendo con base en la experiencia:.....	95
4.4.2 Aprender y adquirir conocimientos:	98
4.4.3 Aprendiendo de la quemadura:	99
4.4.4. Conocimiento y práctica del paciente quemado:	103

4.5 Experiencia vivida por la enfermera:	105
5. DISCUSIÓN	108
5.1 Trabajar en un contexto diferente	108
5.1.1. Características de la unidad de quemados	108
5.1.2 Atributos para trabajar en la unidad de quemados.....	109
5.1.3 Vivir y convivir en la unidad de quemados	110
5.1.4 Personal o equipo de trabajo de la unidad de quemados	111
5.1.5 Cirujano plástico.....	112
5.1.6 Funciones y/o actividades de la auxiliar de enfermería	113
5.2 Enfermera: eje central	114
5.2.1 Enfermera como eje central	114
5.2.2 Enfermera: gestión del cuidado y del servicio	115
5.2.3 Colaborar en la rehabilitación física en el paciente quemado.....	117
5.2.4 Intervenir el dolor en el paciente quemado	118
5.2.5 Siguiendo la trayectoria del paciente quemado	119
5.2.6 Valorar la evolución del paciente quemado	120
5.2.7 Realizar la curación del paciente quemado	120
5.2.8 Curación con sedación	122
5.2.9 Valorar el proceso de cicatrización	123
5.2.10 Establecer objetivos para el paciente quemado.....	124
5.2.11 Participar en las visitas del paciente quemado.....	125
5.3 Saberes y prácticas aprendidas.....	125
5.3.1 Aprendiendo con base en la experiencia.....	125
5.3.2 Aprender y adquirir conocimientos	127
5.3.3 Aprendiendo de la quemadura	127
5.3.4 Conocimiento y práctica del paciente quemado	129
5.3.5 Experiencia vivida por la enfermera	130
6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	131
6.1 Conclusiones	131
6.2 Recomendaciones.....	132
6.3 Limitaciones del estudio	132
7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	133

8. Agradecimientos	134
9. Referencias bibliográficas	135
ANEXOS	144
Anexo 1: Guía de observación participante	144
Anexo 2: Entrevista semiestructurada.....	144
Anexo 3: Encuesta sociodemográfica	145
Anexo 4: Consentimiento informado	146
Anexo5: Cartas de Aval	156
Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia	156
Hospital Universitario San Vicente Fundación.....	158
Anexo 6: Aspectos administrativos.....	159
Recursos: humanos, materiales y financieros.....	159
Cronograma de actividades	159

Lista de Tablas

Tabla 1. Mortalidad de personas en Colombia por exposición a humo, fuego o llama desde 1997 al primer trimestre de 2016	17
Tabla 2. Mortalidad de personas en Colombia por exposición a corriente eléctrica, radiación y temperaturas ambientales extremas desde 2008 al primer trimestre de 2016.....	18
Tabla 3. Clasificación de Benner. Conceptos principales y definición de las etapas de la enfermería clínica.....	26
Tabla 4: Observaciones codificadas	50
Tabla 5: Entrevistas codificadas.....	52
Tabla 6. Recursos	158
Tabla 7.Cronograma de actividades.....	159

Lista de figuras

Ilustración 1. Principales fármacos utilizados en el tratamiento del dolor de acuerdo con la fase evolutiva de la quemadura	35
Ilustración 2. Procedimiento metodológico.	45
Ilustración 3. Trabajar en un contexto diferente. Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, febrero 2018.....	55
Ilustración 4. Enfermera, eje central. Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, febrero 2018.....	64
Ilustración 5. Saberes aprendidos. Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, febrero 2018.....	93

Lista de anexos

Anexo 1. Guía de observación participante.....	143
Anexo 2. Entrevista semiestructurada.....	143
Anexo 3. Encuesta sociodemográfica.....	144
Anexo 4. Consentimiento informado.....	145
Anexo 5. Cartas de aval.....	154
Anexo 6. Aspectos administrativos.....	157

RESUMEN

Introducción: Las quemaduras son un importante y creciente motivo de consulta y hospitalización, que causa en muchos pacientes grados variables de incapacidad y muerte. Además, es una situación traumática desde el punto de vista físico y emocional que tiene en la enfermera un partícipe en el cuidado de este tipo de pacientes. En el contexto colombiano se encuentran pocas investigaciones, en parte por las escasas unidades existentes, lo que motiva a indagar sobre los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado.

Objetivo: Comprender los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado. **Metodología:** Investigación cualitativa tipo estudio de casos. Participaron 10 enfermeras de las unidades de quemados del Hospital Universitario San Vicente Fundación HUSVF y 3 enfermeras de dos hospitales de IV nivel de complejidad del país, a quienes se les realizaron entrevistas semiestructuradas. Por otra parte, durante 71 horas de observación participante en HUSVF, se realizaron 6 entrevistas informales a dos cirujanos plásticos y cuatro auxiliares de enfermería. El análisis de los datos fue inductivo y concomitantemente se realizó triangulación hermenéutica de técnicas y datos dando lugar a la categorización emergente. **Resultados:** Emergieron tres categorías: trabajar en un contexto diferente, enfermera: eje central; y saberes y prácticas aprendidas. **Conclusiones:** El saber del cuidado del paciente quemado se obtiene a través de la experiencia y se perfecciona con el tiempo y la práctica. Además, se considera al profesional de enfermería como el eje central de la unidad de quemados tanto para el paciente, la familia y el equipo multidisciplinar.

Palabras clave: atención de enfermería; competencia clínica; quemaduras; unidades de quemados.

Abstract

Introduction: Burned patients are an important and growing reason for consultation and hospitalization, causing in many patients varying degrees of disability and death. Being burned is a traumatic situation that a person can live physically and emotionally and the nurse participates in the care of this type of patients. Few investigations are found in the Colombian context, partly because of the few existent units, which motivates to inquire about the knowledge and practices of the nursing professional in this context of care. **Objective:** To understand the knowledge and practices of the nursing professional in the care of burned patients. **Methodology:** qualitative study type case study. Ten nurses from the burn units of the Hospital Universitario San Vicente Fundacion HUSVF and 3 nurses from two hospitals of the IV level of complexity of the country participated, to whom semi-structured interviews

were conducted; In addition, during 71 hours of participant observation in HUSVF, 6 informal interviews were conducted with two plastic surgeons and four nursing assistants. The analysis of the data was inductive and concomitantly hermeneutical triangulation of techniques and data leading to the emerging categorization. **Results:** 3 categories emerged: work in a different context, nurse: central axis; and knowledge and practices learned. **Conclusions:** The knowledge of burned patient care is obtained through experience, it is perfected with time and practice. In addition, the nursing professional is considered as the central axis of the burn unit for both the patient, the family and the multidisciplinary team.

Keywords: burns; burn units; clinical competence; nursing care.

INTRODUCCIÓN

El cuidado es el eje central o núcleo de la disciplina de Enfermería el cual se da en diferentes contextos y a pacientes con diferentes padecimientos, en el caso concreto, como la persona con una quemadura, tema de interés de la presente investigación. Por lo tanto, requiere ser investigado para generar una práctica del cuidado basado en teorías que lo sustenten.

En la revisión de literatura, en el contexto colombiano se encontraron pocos trabajos de enfermería acerca del cuidado de paciente quemado. Por consiguiente, el cuidado de enfermería con este enfoque no es un campo muy explorado y potencializado académicamente, así como en la práctica, en parte por las pocas unidades de quemados existentes en el país y por la escasa afinidad de la disciplina con la generación de conocimiento y teoría, situación que motivó esta investigación.

En este sentido, el objetivo del estudio estuvo encaminado a comprender los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, con el fin de direccionar las intervenciones ejecutadas en su atención. A su vez, contribuir al posicionamiento de la enfermería como profesión dentro del equipo de trabajo y permitir fundamentar teóricamente sus cuidados para ser autónomas y participes en la toma de decisiones del tratamiento a instaurar y ejecutar en un paciente con este padecimiento.

Para dar respuesta al objetivo planteado se utilizó la metodología de estudio de caso, en el cual se aplicaron las herramientas de la observación participante y la entrevista semiestructurada para la recolección de la información. Del análisis inductivo y la triangulación de técnicas y datos, surgieron tres categorías emergentes principales: trabajar en un contexto diferente, enfermera como eje central y saberes aprendidos.

Las unidades de quemados se consideran un contexto de cuidado diferente por la dinámica de atención y las características específicas que tienen respecto a los demás servicios hospitalarios, además, por los atributos que el personal requiere. Por consiguiente, la enfermera se considera el eje central ya que es quien articula cada proceso de la unidad y acompaña al paciente desde su ingreso hasta el alta hospitalaria; asimismo, percibe la adecuada evolución o las complicaciones del paciente. A su vez, es quien ejecuta y orienta cada intervención que el paciente requiere para su recuperación. Por último, los saberes se adquieren con la experiencia diaria en la unidad, toda vez que se ingresa con unos conocimientos teóricos que se transforman con la práctica y se convierten en un saber que se perfecciona con el tiempo.

En los hallazgos se incluyen algunos fragmentos cortos de observaciones y entrevistas, luego se presentan las conclusiones y recomendaciones para contribuir a la práctica del cuidado de los profesionales de enfermería que laboran en las unidades de quemados y así aportar a la disciplina de enfermería con sustento teórico que fundamente la práctica del profesional en este ámbito de cuidado.

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El término *cuidado* evoca muchas acepciones, tales como lo enuncia el diccionario de la Real Academia Española, entre ellos: asistir, conservar, cautela, amenaza, intranquilidad, advertencia en proximidad de peligro o la contingencia de caer en error, vivir con advertencia respecto de una cosa, atención, solicitud, guardar, preocuparse, prestar atención a algo o a alguien (1). El cuidado es pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro, en una relación de involucramiento y afectividad (2). Este último es el que interesa y ajusta para los propósitos del estudio y además porque describe lo que significa la práctica de enfermería.

Según lo anterior, el acto del cuidado se da en la interrelación mínima de dos seres humanos cuya interacción da sentido a la atención. El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados: el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, el involucrarse, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción (2).

El cuidado surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí. En consecuencia, me dispongo a participar de su existencia. En otras palabras, es ese modo de ser mediante el cual salgo de mí para centrarme en el otro con desvelo y solicitud, desplazo la preocupación por mí misma y hago que el otro tome importancia para mí (2).

El cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo (4). Por parte de enfermería, se refiere a la atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado.

Para Leonardo Boff, el cuidado es la capacidad de sentir como el otro, lo que impulsa a generar una ciencia con conciencia dirigida hacia la vida, situación por la cual los significados que da la enfermería logran trascender entre otros (5).

Según Duran de Villalobos, el cuidado es el eje central o núcleo de la disciplina de enfermería y por lo tanto requiere ser investigado para generar una práctica del cuidado basado en teorías que lo sustenten (3).

El cuidado de enfermería se brinda en diferentes contextos y a pacientes con diferentes padecimientos como la persona con una quemadura, por lo que se debe estar preparado para su cuidado. Los objetivos del tratamiento son salvar la vida, conseguir la recuperación

funcional, estética, psicológica y la integración social, es decir, su recuperación bio-psico-social y espiritual. Estos objetivos deben conseguirse en el menor tiempo posible y con una adecuada relación riesgo-costo-beneficio (6).

Las quemaduras son un importante y creciente motivo de consulta y hospitalización, que causan en muchos pacientes grados variables de incapacidad e incluso, en algunos casos, la muerte. Su incidencia está relacionada directamente con condiciones socioeconómicas desfavorables, entre ellas, la pobreza, el hacinamiento, el alcoholismo y la epilepsia, factores comunes en muchos pacientes (3).

Estar quemado es una de las situaciones más traumáticas tanto física como emocional, pues interrumpe bruscamente la existencia, pasando de la integridad física, al desequilibrio emocional y cuya gravedad varía dependiendo de la extensión de la lesión (3). En este sentido, el quemado tiene que luchar contra la molestia física inicial y con el dolor, además de los problemas psicológicos inmediatos y tardíos, como delirios y depresión derivados en gran parte por su imagen corporal alterada. La persona que sufre quemaduras y es hospitalizada vive de manera súbita un cambio especialmente complejo en sus patrones de vida, ya que pasa a un estado de angustia, pérdida de autonomía, dependencia, enajenación, dolor, expectativa ante la desfiguración, aislamiento, soledad. En su mundo emocional puede vivir sentimientos de rabia, temor, ansiedad, frustración, tristeza, abandono, resentimiento, culpa. Todo ello lo coloca en una posición de mayor vulnerabilidad física y emocional con respecto a otro tipo de pacientes (3).

La interacción constante con el paciente quemado y la ejecución de las múltiples actividades contribuye a que las enfermeras de las unidades de quemados adquieran argumentos para realizar un análisis crítico, discernir acerca de la conducta médica, realizar intervenciones y asesorar a otros profesionales cuando lo necesitan; además permite que ellas empaticen con el paciente y no realicen juicios de valor desde una percepción propia sin fundamentación teórico - empírica.

La posibilidad de haber trabajado en una de las unidades especializadas del país permitió identificar que las prácticas de enfermería se encuentran direccionadas por el modelo biomédico y que la escasa experticia de las enfermeras en las intervenciones dirigidas al paciente quemado genera un gran vacío en la atención, ya que su participación se restringe a la recuperación y a la limitación de las posibles complicaciones.

Por otro lado, la falta de reconocimiento de la Enfermería como disciplina ha contribuido al hecho de que esta se haya considerado como una vocación en lugar de verse como una profesión. A su vez, esto ha llevado a una confusión respecto si la disciplina de Enfermería existe o no (7). Por supuesto, Enfermería como disciplina tiene innumerables campos donde interactúa su componente teórico-práctico para cumplir con su misión, pero existen campos en que sus cuidados se encuentran en un estado poco explorado, pero con una gran posibilidad de potencializarlos como las intervenciones destinadas a la atención del paciente quemado.

De acuerdo con lo anterior, la enfermera desempeña un papel especial por la importancia que su intervención tiene en la atención del paciente quemado, pues permanece todo el tiempo a su lado y puede apreciar mejor que otros miembros del equipo los cambios ocurridos durante su evolución (8). En este sentido, ella ocupa un lugar privilegiado dentro del equipo de salud, por cuanto permanece en contacto íntimo con el paciente y sus familiares durante el tiempo que dura el ingreso hospitalario y, en consecuencia, se convierte para ellos en la cara más visible del sistema hospitalario de atención en salud (9).

La práctica de enfermería se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es sólo combatir la enfermedad sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas donde la valoración, el diagnóstico, la intervención y la evaluación forman parte sustancial de la actividad de la enfermera. (9)

Actualmente, la enfermera es una persona con múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege de factores de riesgo, es asesora y maestra de salud, coopera e interactúa con diversos profesionales del equipo de salud y actúa como vocera y defensora del paciente, pero no hay evidencia científica de su quehacer. (10)

No obstante, la actividad de la enfermería es identificada por la sociedad como de ayuda, de servicio a las personas y del cuidado de su salud. Por consiguiente, aún persiste disparidad entre lo que el personal de enfermería hace, puede hacer y aquello que el público considera que debía hacer al considerarlo como un personal auxiliar del médico, pues no se tiene en cuenta su autonomía profesional (10). No existe conciencia en la población de lo que la enfermería representa, por una parte, puesto que no se realiza una adecuada valoración social hacia los que ejercen la profesión, y por otra, pues no se tiene un conocimiento exacto de las potencialidades de la profesión enfermera en tiempos actuales (10).

Una posible causa de ello puede ser porque las enfermeras no han documentado adecuadamente sus saberes y conocimientos clínicos, así como la falta de estudio de sus prácticas y de las observaciones clínicas. Todo ello hace que las teorías en enfermería carezcan de singularidad y de riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta (11). En el marco de una ciencia aplicada, el progreso del saber consiste en ampliar los conocimientos prácticos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada (12).

En la unidad de quemados de un hospital de cuarto nivel de la ciudad de Medellín, la enfermera ha logrado convertirse en una experta del cuidado de este tipo de paciente gracias a la posible articulación del componente teórico, la práctica y su experiencia en el campo. No obstante, su rol dentro del equipo de trabajo se encuentra poco visible por el resto de las disciplinas que interactúan, lo cual resta importancia a sus quehaceres y no se le reconoce el lugar que se merece. Como se sustentó anteriormente, la experiencia permite que el conocimiento se convierta en un saber, y dicho saber brinda las herramientas suficientes para

documentar ese conocimiento clínico que aún no se encuentra teóricamente plasmado por las enfermeras, aspecto que fundamenta la presente investigación.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Historia y epidemiología del paciente quemado.

Según los restos encontrados en el valle de Dussel (Alemania), el hombre de Neandertal, 60.000 años a. C., usó hierbas para tratar las quemaduras, por lo que se considera que las injurias térmicas posiblemente sean tan antiguas como el descubrimiento del fuego (11). Hipócrates, hacia el año 430 a.C. exaltó en sus escritos médicos los objetivos principales del tratamiento de las quemaduras, muchos de los cuales aún mantienen vigencia (13).

En 1596, William Clowes publicó el primer libro dedicado al tratamiento de las quemaduras y en 1833 se crea el primer hospital, aún hoy en pie, para quemados de la historia, en la ciudad de Edimburgo (13).

Históricamente, el incendio del *Night Club Coconut Grove* en 1942, donde se perdieron 492 vidas movilizó la opinión pública y las investigaciones en quemaduras; a su vez, los avances en el tratamiento de la herida se aceleraron durante la Segunda Guerra Mundial, el conflicto de Corea y de Vietnam. Como sucede usualmente en las guerras, el gran número de quemados y la severidad de las quemaduras proporcionaron un vasto campo de investigación para el desarrollo de nuevos tratamientos (13). Desde la guerra de Crimea, Florence Nightingale impulsó la atención esmerada de los heridos y el desarrollo de curaciones. Como en estos combates eran tan comunes las quemaduras, se considera que fue la primera enfermera en cuidar a un paciente quemado (14).

Desde 1940 el tratamiento de las quemaduras ha escalado a grandes pasos, cuyo resultado ha sido mayor sobrevivencia y mejor calidad de vida en las víctimas. No obstante, apenas en los últimos 50 años nació, se desarrolló y consolidó el concepto de atender a quienes sufren quemaduras, todo esto en sitios que permitiesen a un grupo de profesionales contar con los elementos necesarios para proporcionar tratamientos lo más efectivos posibles (15).

El primer servicio especializado en pacientes quemados se inició en Sao Paulo, Brasil, en 1945. Los centros de atención de quemaduras se difundieron con lentitud en todo el continente durante los años siguientes, gracias a los avances tecnológicos y los nuevos mecanismos gubernamentales de salud, pero el manejo de los pacientes quemados es considerado un desafío, debido al polimorfismo de su clínica, la gran variedad de tratamientos existentes, lo prolongado de su evolución y su elevado costo económico y social (15).

En los últimos 30 años la mortalidad por quemaduras severas ha disminuido de manera significativa. Esta reducción, así como en las secuelas posquemaduras, tiene una estrecha relación con los siguientes aspectos: avances en la comprensión de la fisiopatología del trauma, avances logrados en el control de infecciones, avances en el soporte nutricional, aplicación de técnicas quirúrgicas, avances en desarrollo de sustitutos biosintéticos, énfasis en los aspectos rehabilitatorios y psicológicos de los pacientes, desde el momento del trauma hasta su total reintegración psicosocial y la Implementación del abordaje multidisciplinario en centros de quemados diferenciados, con profesionales especializados y dedicados a tiempo completo al manejo del trauma térmico (13).

Las estadísticas mundiales son imprecisas, por ejemplo, se estima que cerca de uno a dos millones de personas sufren quemaduras cada año en Estados Unidos, de las cuales 60.000 a 80.000 requieren hospitalización, y 5.000 a 6.500 mueren como resultado de ellas (16).

El subregistro de las lesiones por quemaduras es evidente en todos los países en vías de desarrollo, lo que no permite la planeación de estrategias de prevención, tendientes a disminuir el impacto psíquico y físico en la víctima, deteriorando su calidad de vida y la de su familia. En este contexto, es poca la investigación que se ha realizado en Latinoamérica sobre pacientes con quemaduras y los datos existentes son imprecisos (17).

En Latinoamérica se ha señalado que entre 0.4 - 1.9 por 100.000 habitantes sufre de quemaduras y se considera como causa de muerte en el 8% de los casos, lo cual es clara evidencia del subregistro del trauma por quemaduras en toda la región. En Cuba es la novena causa de muerte por accidente en todas las edades y el 1% de total de defunciones. Del total de muertes por esta causa, el 9% ocurre en el hogar. El Sistema Nacional de Salud de México considera a la quemadura como un padecimiento cada vez más frecuente a la par con la industrialización. A su vez, en Chile, la tasa de mortalidad específica por quemaduras muestra tendencia significativa al descenso en todos los grupos de edad, con excepción de los mayores de 60 años (17).

En la unidad de quemados del Hospital Central Militar de México, durante el periodo de junio de 1998 a diciembre de 2006, se brindó atención a 397 pacientes con un promedio aproximado de 50 ingresos por año, de los cuales el 65.23% era de sexo masculino y el 34.7%, femenino. La etiología más frecuentemente observada fueron las lesiones por líquidos hirviendo, 45.25%; seguida por las lesiones por fuego directo (o flama) 41.13%; electricidad, 10.96%; químicos, 1.5%, y dos casos de eritema multiforme (0.51%). Del total, se registraron 10 defunciones (2.51%), con el diagnóstico de quemadura masiva como la principal causa. El promedio de estancia hospitalaria fue de 14.99 días por paciente (15).

En Estados Unidos hay 150 unidades de quemados que corresponden a 1700 camas especializadas que atienden 2100 pacientes quemados al año. Por su parte, en Colombia existen 6 unidades de quemados de las cuales 4 son universitarias y 2 estatales que corresponden a un total de 156 camas lo que hace difícil la atención de pacientes severamente quemados. (18).

No se conoce con exactitud la epidemiología de las quemaduras en nuestro país. Los datos epidemiológicos son importantes para el diseño de políticas de salud dirigidas a la atención de este grupo especial de pacientes. Por sus múltiples implicaciones, las quemaduras deberían considerarse un problema de salud pública y ser informadas obligatoriamente, ya que sigue siendo una causa importante de ingresos hospitalarios y mortalidad por trauma, en especial en la población pediátrica (16).

En Cartagena, Colombia, en un estudio estadístico de Berrocal y colaboradores en 1998, se registraron 338 paciente con quemaduras, durante el período comprendido entre 1994-1996, de los cuales el 52% fueron niños entre 0 y 10 años (16).

En Colombia son pocos los datos estadísticos o perfil epidemiológico disponible respecto al paciente con quemaduras desde un contexto general y no específico, tal y como sucede con la quemadura por pólvora por ser un tema específico y de interés en salud pública. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) presenta datos estadísticos relacionados con la defunción no fetal, es decir, exposición a humo, fuego o llama desde 1999 hasta el primer trimestre del 2016 por género, tal y como se demuestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Mortalidad de personas en Colombia por exposición a humo, fuego o llama entre 1997 al primer trimestre de 2016¹

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1997	133	87	220
1998	109	91	200
1999	122	69	191
2000	115	75	190
2001	133	85	218
2002	108	73	181
2003	106	54	160
2004	81	45	126
2005	77	44	121
2006	109	56	165
2007	100	53	153
2008	67	47	114
2009	93	31	124
2010	59	29	88

¹Tabla tomada de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>

2011	58	24	82
2012	58	40	98
2013	63	29	92
2014	78	40	118
2015	59	28	87
2016	8	3	11

Al analizar la tabla, podemos concluir que la mortalidad por quemadura es mayor en los hombres que en las mujeres y que la mortalidad se redujo a partir del 2009. Dicho fenómeno fue punto de discusión para comenzar a documentar por parte del DANE otras causas relacionadas con la quemadura como fue la exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperaturas ambientales extremas a partir del 2008, donde se pudo constatar la contribución de la quemadura a la defunción en Colombia. Dicha distribución de las nuevas causas documentadas por género se puede visualizar en la siguiente tabla generada con datos del 2008 hasta el 31 de marzo de 2016:

Tabla 2. Mortalidad de personas en Colombia por exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperaturas ambientales extremas entre 2008 al primer trimestre de 2016²

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2008	234	23	257
2009	183	22	205
2010	224	19	243
2011	205	21	226
2012	197	22	219
2013	238	24	262
2014	204	16	220
2015	155	17	172
2016	13	3	16

De esta segunda tabla podemos concluir nuevamente que la mayor mortalidad por quemadura se presenta en los hombres debido a que estas causas pertenecen a oficios que ellos desempeñan comúnmente. El hombre se quema más frecuentemente que la mujer y se estima aproximadamente una relación de 1,44:1 y hasta 3,65:1 (19).

Se estima que durante un año calendario, el 1% de la población sufre una quemadura que requiere tratamiento por un profesional de salud entrenado. En Colombia, más de la mitad de las quemaduras se producen en pacientes menores de 13 años debido a líquido caliente, como

² Tabla tomada de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>

derrame de la sopa en el niño. A este grupo de accidentes prevenibles, se debe agregar el uso indiscriminado de la pólvora, situación que sólo se ha empezado a reglamentar en los últimos años en algunas ciudades (6).

En el 2005, el servicio de la Unidad de Quemados del hospital Simón Bolívar de Bogotá contaba con 30 camas repartidas en tres áreas: para agudos, 7 cunas para niños y 6 camas para adultos, 3 camas para cuidados intensivos y 15 camas para quirúrgicos (5 cunas y 10 camas). Para el año 2004 se atendieron en total 439 pacientes de diferentes etiologías. En el primer semestre de 2005 brindó atención a 245 personas, las cuales requirieron del cuidado directo de enfermería las 24 horas del día (3).

Al momento de realizar una búsqueda bibliográfica acerca del paciente quemado, se logró encontrar temática relacionada con múltiples disciplinas, principalmente desde la ciencia médica y en menor medida publicaciones pertenecientes a la disciplina de enfermería. Los artículos se pudieron agrupar en 2 categorías, de la siguiente manera:

1.2.2 Manejo del paciente quemado.

En esta categoría se clasifica el mayor número de artículos encontrados, los cuales tienen un contenido similar, en donde se realiza un conglomerado sobre el manejo prehospitario e intrahospitalario. En el contexto prehospitario se hace énfasis en el manejo local de una quemadura en caso de vivenciarlo refiriéndose a no explotar las flictenas, retirar la ropa quemada que esté en contacto con la superficie corporal y mantener húmedas las quemaduras. Por su parte, en el contexto intrahospitalario, ya sea desde un servicio de urgencias o de un servicio especializado, se incluyen las siguientes temáticas: epidemiología - definición de quemadura - agentes etiológicos – localización – clasificación - cálculo de superficie corporal mediante la regla de los “9” o Wallace o escala modificada de Lund-Browder - fisiopatología o respuesta local o sistémica - tratamiento que incluye terapia medicamentosa, manejo local de la quemadura con sus respectivos tópicos, apósitos o procedimientos quirúrgicos - reanimación hídrica al utilizar la fórmula de Parkland - criterios de hospitalización – complicaciones – rehabilitación - terapia nutricional y manejo del dolor. Estas temáticas están descritas desde la ciencia médica, aunque hay artículos en los que participa alguna enfermera, por lo que no es una producción netamente de enfermería. (6, 11, 16-18, 20-29)

1.2.3 Cuidados de enfermería y persona con quemaduras.

En este apartado se encuentran artículos que hacen alusión a la definición del objeto de estudio de la disciplina que es el cuidado, su significado desde la perspectiva enfermera, la representación social de la disciplina, aportes de la disciplina para garantizar la calidad en la atención del usuario, y los pocos artículos de enfermería relacionados con el cuidado de paciente quemado en el contexto colombiano. Partiendo de esta realidad científica, se concluye que el conocimiento de enfermería publicado se encuentra segmentado cuyos temas de interés radican, primero, en el manejo del dolor, por ser uno de los más intensos que el ser

humano puede presentar, por lo que es responsabilidad de la enfermera valorar la intensidad y administrar la analgesia que requiera la persona (20); segundo, en la terapia nutricional porque la enfermera es quien posee las herramientas para identificar el déficit o exceso de los requerimientos nutricionales y quien permanece todo el tiempo al lado del paciente y puede apreciar los cambios ocurridos durante su evolución (9); y, tercero, el manejo local de la quemadura que corresponde a la curación convencional o avanzada que realiza la enfermera con la implementación de los nuevos conceptos y aplicabilidad de productos que contribuyan a una cicatrización oportuna de lo que actualmente la enfermería se ha apropiado. (2-4, 8-10, 11,15, 30-36)

En conclusión, los artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica no hacen hincapié acerca de los saberes y prácticas de la enfermera en la atención del paciente quemado, objeto de estudio de esta investigación. Por lo tanto, no se conocen los cuidados integrales que debe ejecutar y esto permite deducir que la investigación es pertinente y no hay duplicación del tema a tratar.

1.2.4 Pregunta de investigación

Por lo expuesto anteriormente, surge como pregunta de investigación: *¿Cuáles son los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado?*

1.3 Justificación

A lo largo del tiempo se ha logrado avanzar en la fundamentación teórica sobre la atención del paciente quemado desde múltiples disciplinas, cuya mayor producción ha sido por parte de la ciencia médica, lo que se demuestra a partir de innumerable postulados, investigaciones y recomendaciones sobre su manejo, traducido en parámetros pautados universalmente que direccionan la atención. Sin embargo, el rol de las enfermeras está en expansión, pues se están llevando a cabo investigaciones de enfermería, lo cual contribuye a la práctica del cuidado de las quemaduras (37).

Pero, desde la disciplina de la enfermería, son pocos los postulados teóricos en el contexto colombiano que se logran encontrar e incluso no hay estudios que aborden el papel de las enfermeras en el cuidado de quemaduras (38) tomando como referencia la exhaustiva búsqueda en fuentes bibliográficas, ya que ellas no han documentado adecuadamente sus saberes y conocimientos clínicos, por consiguiente, la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de singularidad y de riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta (11).

La presente investigación es importante desde el componente disciplinar, ya que Enfermería es una ciencia inmadura que requiere que las enfermeras se proyecten a investigar y producir referentes teóricos a partir de la práctica y el quehacer diario, pues el conocimiento teórico y la articulación con las prácticas de salud son fundamentales para los profesionales de enfermería (39).

Es frecuente encontrar problemáticas que no se logran solucionar o dar respuesta, no obstante, a pesar de los problemas, las enfermeras también poseen una materia prima rica para producir excelentes investigaciones. Así, la poca formación investigativa en este gremio le da cabida a otras disciplinas para que se favorezcan de su riqueza, tal y como sucede en las unidades de quemados, pues el rol de la enfermera se encuentra completamente invisible, ya que los méritos de la recuperación completa del paciente se le otorgan al médico pese a que la enfermera es quien se esmera y proporciona los medios para una favorable evolución. Por consiguiente, esta investigación pretende esclarecer y dar a conocer cuáles son los saberes y prácticas que la enfermera ejecuta, como también contribuir a que Enfermería adquiera el reconocimiento y posicionamiento como disciplina en la atención del paciente quemado.

Es así como socialmente la Enfermería se encuentra significativamente estigmatizada por el desconocimiento de la comunidad acerca de la profesión y por la falta de apropiación de los cuidados que la disciplina ofrece, reconocidos como acción dirigida por otro agente del equipo de salud y no como una conducta autónoma y propia de los cimientos teórico-prácticos de la profesión (10). Si el personal de enfermería comienza a liderar, a tomar sus propias decisiones, a investigar y fundamentar sus cuidados, la profesión tendrá una visión diferente ante el resto de la sociedad y la enfermera sería tan importante como cualquier otro profesional con respecto a la atención del paciente quemado. Por ello, Enfermería necesita una base de investigación sólida para implementar y documentar la efectividad de las intervenciones seleccionadas en el tratamiento de problemas particulares del paciente y en la promoción de resultados positivos para él y para su familia (40).

La enfermera tiene un rol imprescindible con un objetivo claro y una misión que contribuye positivamente a resolver las necesidades de la sociedad, lo que la hace indispensable para la sustentación ética y moral dentro de la comunidad y la recuperación del estado de salud de la persona enferma por quemaduras.

En el plano profesional, es indispensable ejecutar las actividades con base en criterios o argumentos y no por simples dichos o recomendaciones de otras personas. Un profesional gana prestigio y liderazgo con conocimiento, porque sabe guiar a su equipo de trabajo cuando sus acciones generan credibilidad.

Las quemaduras son una de las condiciones más devastadoras que se encuentran en el área de la salud (41) y el paciente quemado constituye actualmente uno de los escenarios médico-quirúrgicos más complejos (42), además, su atención genera incertidumbre y angustia por su condición de vulnerabilidad, por esto es indispensable que los enfermeros conozcan acerca del cuidado integral que se debe ejecutar, lo cual se podría lograr a partir de la presente investigación, al obtener resultados convincentes y publicarlos para brindar directrices y servir de sustrato para otras investigaciones.

Al compilarse un cuidado integral de enfermería en el paciente quemado se facilita que la enfermera adquiera herramientas y conciencia de la relevancia de conocer el manejo de estos

pacientes, ya que este evento no es ajeno a cualquier persona y familia, además es importante cultivar el interés por cuidarlos y ampliar la gama de conocimiento y aportes investigativos desde la Enfermería.

1.4 Objetivos

1.4.1 General.

- Comprender los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado.

1.4.2 Específicos.

- Describir las prácticas relacionadas con el cuidado del paciente quemado.
- Describir los saberes relacionados con el cuidado del paciente quemado.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Conceptos

Como lo que se pretende describir en esta investigación son los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, es importante definir los constructos a partir de los cuales partieron los objetivos y surgirá el método de recolección de datos que responderá al problema planteado. Por consiguiente, se definirá lo que significan “saberes” y “prácticas” y su terminología relacionada, ya que cuidado, quemadura y paciente quemado se han definido explícitamente en apartados anteriores. Comenzaremos por definir conocimiento y saber, con el fin de establecer sus diferencias y constatar por qué se seleccionó el término saberes.

2.1.1 Conocimiento.

Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano. Dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre asimila conceptos acerca de los fenómenos reales por lo que va comprendiendo el mundo circundante. Dicho conocimiento se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocer mismo constituye un momento necesario de la actividad práctica de la sociedad, pues dicha actividad es propia de los hombres y estos la realizan basándose en el conocimiento de las propiedades y de las funciones de cosas y objetos. Solo la inclusión de la práctica en la teoría del conocimiento ha convertido a esta última en una ciencia real, que descubre las leyes objetivas del origen y formación del saber relativo al mundo material (43).

2.1.2 Saber.

Producto de la actividad social de trabajo y de la acción cognitiva del hombre; constituye la reproducción ideal, en forma de lenguaje, de las conexiones sujetas a leyes, objetivas, del mundo objetivo prácticamente transformado. La esencia del saber no puede comprenderse sin poner de manifiesto el carácter social de la práctica humana. En el saber se concentra y cristaliza la fuerza social del individuo. La función inmediata del saber estriba en traducir las representaciones dispersas a una forma de universalidad, en mantener en ellas lo que puede ser transmitido a otros en calidad de base estable de las acciones prácticas (43).

Con las anteriores definiciones se constata que la investigación se apoyará en el concepto *saberes*, ya que el “conocimiento” es como el hombre asimila los fenómenos reales y comprende el mundo circundante, mientras que en el “saber” el conocimiento es aplicable a la realidad y se practica repetitivamente con el fin de perfeccionarse y transformarse hasta alcanzar un nivel de experticia. Todos los expertos tienen en común que operan sobre la base

de un conocimiento concreto en sus áreas de experiencia. El conocimiento dependiente del contexto y la experiencia están en el núcleo mismo de la actividad experta.

2.1.3 Prácticas.

Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Una persona práctica es aquella que piensa y actúa de acuerdo con la realidad y que persigue un fin útil. Se puede decir que alguien posee esta cualidad cuando es capaz de resolver situaciones imprevistas sin perder el control, basándose en los recursos de los cuales dispone e ideando soluciones sin necesidad de un conocimiento previo. Cabe mencionar que no se trata de la constante repetición de un ejercicio sin rumbo alguno, sino de un entrenamiento realizado a consciencia, con un cierto grado de organización y con la perseverancia necesaria para no dejarse vencer por los fracasos. A través de la práctica no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar en el estudio de la teoría (12).

2.1.4 Saber práctico.

Sabiduría que va acumulándose con el paso del tiempo en el ámbito de toda ciencia aplicada (12). Determinados saberes prácticos escapan a toda formulación científica de carácter teórico, y el individuo puede adquirir habilidades y conocimientos prácticos que cuestionan o amplían los postulados teóricos. Por consiguiente, en el marco de una ciencia aplicada, el progreso del saber consiste en ampliar los conocimientos prácticos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada (12).

Enfermería se configura como una disciplina profesional, por tanto, su desarrollo ha ocurrido a partir de la actividad práctica en el cuidado de los seres humanos. Los componentes básicos de enfermería como disciplina son definitivamente la práctica, la teoría y la investigación (44). En la formación disciplinar, el conocimiento llevado a la práctica es el eje fundamental para el desarrollo de habilidades y destrezas del profesional de enfermería. Por consiguiente, el saber práctico parte de la formación empírica de la enfermera que ha favorecido y enriquecido notablemente la teoría y la práctica disciplinar (44).

2.1.5 El saber enfermero.

La responsabilidad de Enfermería es fundamentar la teoría que guía su práctica clínica (86). Esta supone tanto habilidades como conocimientos que deben ser puestos en práctica para la prestación de cuidados de calidad que serán evaluados según la satisfacción del paciente y que la enfermera debe saber relacionar en el momento del actuar. En otras palabras, es

trabajar con lo aprendido, es decir, con conocimiento científico, al cual se suma la destreza que debe tener para ejecutar la acción en sí mismo (44).

En el actuar diario se adquieren una serie de habilidades con relación a la atención del paciente o de la persona enferma en cualquier etapa de su vida (86). El profesional de enfermería, además de tener una formación integral y una serie de conocimientos frente a las situaciones que se presenten, debe poseer una serie de habilidades y destrezas que lo convierten en un profesional experto (44).

La Filosofía de Patricia Benner muestra el proceso que la enfermera atraviesa desde recién graduada hasta que se especializa en un área determinada. Durante este proceso van surgiendo una serie de cambios de conducta y se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad (44).

Patricia Benner se basa en el modelo de los hermanos Dreyfus denominado “Adquisición y desarrollo de habilidades y competencias”, quienes observaron los niveles en la adquisición de habilidades y cómo las personas aprenden. Con base en ello han ofrecido un modelo de experiencia sobre cómo un individuo adquiere experticia progresivamente (44).

El enfoque de Benner de principiante a experto es el de una formación por competencias, las cuales se verán reflejadas en el quehacer de enfermería o en el crecimiento personal y profesional (44).

La filosofía de Benner es aplicable a la práctica clínica donde la enfermera inicia en el nivel de principiante y, en la medida que se enfrenta a situaciones diversas en las cuales aplica los conocimientos adquiridos o busca nueva información que le permita la resolución asertiva de las diferentes problemáticas, va pasando por los niveles de principiante avanzada, competente, eficiente hasta adquirir el nivel de experta mediante la adquisición de habilidades y destrezas que serán ejecutadas en las diversas circunstancias que requieran de una enfermera experta. Las describe así: la enfermera novata o principiante comienza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico frente a situaciones de baja complejidad desarrollando así un plan de atención básica; la enfermera competente domina actividades básicas, pone en práctica experiencias del pasado para resolver situaciones actuales, el núcleo familiar entra a ser parte del proceso de enfermería; la enfermera eficiente se basa en experiencias previas dando soluciones rápidas a situaciones no planificadas con eficiencia y eficacia. Por último, la enfermera experta es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocrítico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua, dando como resultado la prestación de un servicio de alta calidad y satisfacción para los pacientes y familiares (44).

La experticia que adquiere la enfermera no solo depende de ella y de la integración de sus capacidades sino del tipo de pacientes que maneje y de su especialidad; puesto que cuanto mayor tiempo esté en contacto con algún tipo de paciente, mayor es la capacidad de predecir y de actuar basada en la experiencia (44).

En la siguiente tabla se relaciona la clasificación del modelo de Dreyfus, con las etapas de adquisición de habilidades adaptado por Benner para Enfermería, donde se presentan las características correspondientes de la enfermera en la práctica clínica (44).

Tabla 3. Clasificación de Benner: conceptos principales y definiciones de las etapas de la enfermería en la clínica (44).

Principiante	Principiante avanzada	Competente	Eficiente	Experta
La persona se enfrenta a una nueva situación. Este nivel Benner indica que podría aplicarse a una enfermera inexperta o la experta cuando se desempeña por primera vez en un área o en alguna situación no conocida previamente por ella.	En este nivel la enfermera después de haber adquirido experiencias se siente con mayor capacidad de plantear una situación clínica haciendo un estudio completo de ella y posteriormente demostrara sus capacidades y conocerá todo lo que esta exige.	Se es competente cuando la enfermera posee la capacidad de imitar lo que hacen los demás a partir de situaciones reales; la enfermera empieza a reconocer los patrones para así priorizar su atención, como también es competente cuando elabora una planificación estandarizada por si misma.	La enfermera percibe la situación de manera integral y reconoce sus principales aspectos ya que posee un dominio intuitivo sobre esta; se siente más segura de sus conocimientos y destrezas, y esta mas implicada con el paciente y su familia.	La enfermera Posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado.

Fuente: Carrillo A, García L, Cárdenas C, Díaz I, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Rev. Enfermería Global 2013; 32: 346-361

La enfermera experta percibe la situación como un todo, utiliza como modelo situaciones concretas anteriores y se sitúa en el justo término del problema sin malgastar el tiempo en considerar un gran número de alternativas no aplicables al caso (12). En este sentido, aprende a detectar alteraciones fisiológicas casi imperceptibles. Estas facultades de fina sintonía con el estado de salud del enfermo son fruto de muchas horas de observación directa y cuidado personal. (12).

Las enfermeras aprenden de los familiares y de los propios pacientes una variedad de respuestas, interpretaciones y recursos defensivos. Estos significados evolucionan con el tiempo y se convierten en un patrimonio común para ellas. La comprensión de estos significados mediante un análisis sacado de contexto puede auspiciar el estudio sistemático y un mayor perfeccionamiento de la teoría y de la práctica (12). Conforme la enfermera

adquiere experiencia, se genera una sabiduría clínica que es una amalgama de saberes prácticos elementales de conocimientos teóricos no depurados (12).

Según lo anterior, la pericia y los conocimientos prácticos de las enfermeras clínicas con categoría de expertas constituyen un valioso y soterrado caudal de sabiduría profesional. Pero esta sapiencia solo puede aumentar y expandirse en toda su plenitud si las profesionales registran sistemáticamente sus experiencias y el saber que les depara el diario ejercicio. La reseña fiel de los conocimientos prácticos resulta esencial para el perfeccionamiento y propagación de la teoría en el campo de la Enfermería (12).

Por tanto, el saber enfermero ha sido considerado como un saber producido y orientado hacia la práctica, cuyo campo de acción también se constituye como un dominio de saber que emerge de la solución de los problemas (45).

A manera de conclusión y con base en la anterior definición de conceptos, se entiende por conocimiento como aquello que el hombre piensa a partir de un fenómeno y logra llevarlo a una idea objetiva y tangible, mientras que “saber” es aquello que el hombre ya conoce y logra plasmar a la realidad transformada por la práctica. Por consiguiente, la investigación está relacionada con el “saber” y no con “conocer”, ya que el interés es indagar acerca de todo ese conocimiento que se transforma con la práctica y se convierte en un saber a partir de la experiencia a lo largo del tiempo, razón por la que se escogió a Patricia Benner como referente teórico.

2.2 Visiones de Enfermería:

El cuidado es visto desde las distintas visiones de enfermería, correspondientes a la reactiva o particular-determinista, de interacción recíproca o interactiva integrativa y unitaria-transformativa o acción simultánea.

La visión reactiva o particular determinística surge del positivismo, que es una corriente filosófica que concibe la ciencia como la descripción pura de los hechos y se identifica con la verdad demostrada a través de hechos empíricamente verificables, en este caso, el mundo y la realidad son medibles y cuantificables. El conocimiento es desarrollado por el método científico con un abordaje cuantitativo caracterizado por la medición, objetividad y control. Con respecto, al conocimiento científico desarrollado dentro de la visión reactiva es limitado porque se centra en objetividad y observación de los seres humanos, olvidando la interpretación de la subjetividad que permite entender y contextualizar el cuidado (46).

El profesional de enfermería es el agente encargado de realizar todas las acciones de cuidado para generar cambios: ve a las personas como seres pasivos, incapaces de realizar por sí mismos acciones que le permitan lograr la salud o bienestar (46).

Para lograrlo, utiliza el proceso de enfermería: valoración (por patrones, sistemas, dominios), diagnóstico, planeación, ejecución de las intervenciones y evaluación, para brindar atención a todas las personas. Es importante, resaltar que el proceso de enfermería es una herramienta

o estrategia fundamental para el desarrollo del cuidado porque provee las pautas a seguir y organiza el cuidado que se brinda a las personas, sin embargo, la debilidad está en convertirlo en una actividad mecánica, colectiva y descontextualizada al momento de implementarlo (46).

La visión interacción recíproca o interactiva integrativa se origina del postpositivismo que da relevancia al ser humano, al contexto e historicidad e incluye los valores, las creencias, intereses y experiencias (46).

El conocimiento disciplinar en esta visión es desarrollado a partir de abordajes cualitativos y cuantitativos que se complementan y aportan resultados científicos para fundamentar el cuidado. Por su parte, la investigación cualitativa descubre, explica y comprende situaciones específicas de la vida, mientras que los estudios cuantitativos explican y predicen los fenómenos de interés. Los profesionales que se orientan por la visión recíproca, manejan estos dos tipos de abordajes y los implementan de acuerdo con la temática y vacíos del conocimiento que se quieren explorar (46).

La visión simultánea surge a partir de la combinación de elementos del organicismo, simultaneidad, cambio y unitario transformativo que constituyen una forma característica de interpretar el mundo y los seres como una organización que evoluciona a través de la historia. Las personas son seres unitarios, campos holísticos, autoorganizados e irreducibles que responden simultáneamente a estímulos. Los profesionales de la visión simultánea desarrollan investigación cualitativa que permite explorar la subjetividad de las personas, permitiendo contextualizar y entender los significados de los diversos procesos y situaciones de la vida. El paradigma cualitativo refleja la necesidad de buscar la totalidad del fenómeno, aumentando las relaciones entre las ciencias de la salud - las ciencias humanas y la perspectiva del cuidado de la vida y no solo de la persona. El utilizar este método dificulta el desarrollo de la disciplina porque la investigación se orienta en aspectos cualitativos y deja a un lado otros elementos que deben ser medidos a partir del abordaje cuantitativo. De otro lado, la valoración de enfermería no utiliza instrumentos, sino que permite al paciente compartir sus experiencias y sentimientos con el fin de comprender y ofrecer un cuidado más apropiado a las necesidades, por lo que se requiere de experticia y compromiso para identificar las necesidades de las personas (46).

Aunque la investigación cualitativa no se casa con un referente teórico, estos sí dan luces para el desarrollo del proyecto como son la filosofía de Patricia Benner de principiante a experta.

A manera de cierre, la investigación cualitativa se basa en un paradigma naturalista-interpretativo, el cual se encuentra entre la visión interactiva-integrativa y unitaria-transformativa, por tanto, busca patrones de comportamientos y no intervenciones medibles en las prácticas de cuidado del profesional de enfermería en la unidad de quemados.

2.3 Teorías del cuidado

El cuidado en enfermería comienza desde los inicios de la vida y se han destacado cuatro etapas en este proceso hasta convertirla en profesión: la etapa doméstica, vocacional, técnica y profesional (1) Aproximadamente en el siglo XIX Nightingale define al cuidado como “un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él” y da comienzo a la profesionalización de enfermería (47).

La Gestión del Cuidado de enfermería será entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar. Esta se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención (47).

Las teorías permiten la generación del conocimiento (lo único que puede explicar el mundo de enfermería), y de esta manera avanzar en la conformación de un cuerpo propio de conocimientos disciplinares, mientras que los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. La aplicación de un Modelo Conceptual o Teoría de Enfermería en la atención, garantiza que todas las enfermeras compartan igual concepción y lenguaje en la orientación de los cuidados (47).

2.3.1 Teoría del cuidado de Jean Watson

Para Jean Watson, cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que una persona realiza para efectivamente llegar a convertirse en un ser en relación con otro que lo invoca. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. Una actitud efectiva de cuidado supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan (48).

Este llamado desde el otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud (48).

El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades (48).

De acuerdo con Jean Watson, las necesidades humanas están estratificadas, así: el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación; en el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales; en un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros; por último, y en el nivel

más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales, la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal (48).

2.3.2 Teoría del cuidado de Kristen Swanson

Kristen Swanson concibe el cuidado como una forma de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. En este sentido, identificó empíricamente y descubrió cinco categorías o procesos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, capacitar y mantener la confianza. Según esto, el cuidado requiere específicamente conocer o tratar de entender un hecho con significado en la vida del otro; estar con el otro, es decir, estar emocionalmente presente con el otro; hacer por el otro o hacer cuanto el sujeto haría por sí mismo(a) si fuera posible, ayudar a o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas; capacitar o lograr que el otro esté informado o conozca acerca de su estado de salud y de los procedimientos que se le deben realizar; y por último, mantener la confianza, que se refiere a la capacidad del otro de salir adelante a través de un hecho o transición, y dar la cara a un futuro pleno (49).

Swanson plantea que “independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales transmitidos al paciente, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados. Por tanto, los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del paciente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al paciente” (47).

Para Kristen Swanson, la aplicación del proceso de cuidado como proceso terapéutico aumenta el confort y acelera la curación con lo cual se disminuye la estancia hospitalaria y las secuelas que podrían presentarse si no se realiza un manejo integral del paciente. La estructura del cuidado está relacionada con las actitudes filosóficas de las enfermeras, el conocimiento informado, la transmisión del mensaje, acciones terapéuticas y los resultados esperados (50).

La utilidad de su teoría se ha demostrado en la investigación, en la educación y en la práctica clínica. Los cuidados son un concepto difícil de aceptar sin comprenderlo. El cuidado humano y altruista que tiene lugar cuando se aplica la teoría en la práctica oscila desde la sencillez de alimentar o arreglar a una persona mayor incapacitada, a la complejidad de controlar, tratar la recuperación y aumentar las habilidades de un paciente para su cuidado (50).

2.3.3 teoría de la consecución de objetivos de Imogene King

La teoría de la consecución de objetivos de Imogene King sustenta que el centro de la enfermería es la interacción de los seres humanos con su entorno, lo cual conduce a los individuos a un estado de salud que los hace capaces de funcionar dentro de sus roles sociales (51). A su vez plantea que debe existir una interacción entre el paciente y el profesional de

enfermería, en la cual cada uno de ellos percibe al otro, realiza un juicio y se comunica para crear así una acción (51).

En esta interacción, tanto el paciente con quemaduras como la enfermera, aportan a través de la comunicación diferentes conocimientos, necesidades, objetivos, experiencias y percepciones, las cuales conllevan las transacciones que conducen finalmente al logro de los objetivos y la satisfacción de las necesidades. Por esta razón, es imprescindible que el profesional de enfermería evalúe las necesidades prioritarias del paciente con quemaduras y, con base en ello, planee y ejecute actividades con las cuales se pretende suplir el déficit de conocimientos acerca de la enfermedad y su autocuidado, conseguir una mayor aceptación al tratamiento, incrementar la confianza para aplicar los conocimientos adquiridos y fomentar un mejor desempeño del rol del paciente (51).

2.2 Generalidades de la quemadura

Según la Sociedad Brasileña de Cirugía Dermatológica, las quemaduras son lesiones en los tejidos que envuelven las distintas capas del cuerpo tales como la piel, cabello, pelos, el tejido subcutáneo, músculos, ojos, etc. Generalmente, ocurren debido al contacto directo con objetos calientes como brasas, fuego, llamas, vapores calientes, sólidos sobrecalentados o incandescentes. También pueden ser causadas por sustancias químicas como ácidos y soda cáustica, entre otros. Asimismo, por emanaciones radioactivas como las radiaciones infrarrojas y ultravioletas, o la electricidad, que son factores desencadenantes de las quemaduras. Según lo anterior, las quemaduras pueden tener origen térmico, químico, radioactivo o eléctrico (30). Por consiguiente, todos ellos pueden provocar, desde alteraciones funcionales reversibles, hasta la destrucción tisular total e irreversible. Por ser la piel nuestra superficie de contacto con el medio externo, representa el principal órgano afectado. El grado de la lesión depende de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición, y puede variar desde una lesión relativamente menor y superficial hasta la pérdida extensa y grave de la piel (24).

Las quemaduras de piel se clasifican en grado según la profundidad, en la siguiente forma:

- a) Grado I. Quemaduras por exposición solar, en que solo se compromete la epidermis, con descamación en los siguientes 7 y 10 días, y no quedan cicatrices ni se presentan cambios de pigmentación (17).
- b) Grado II. La lesión compromete profundidades variables de la dermis. Cuando son superficiales se denominan tipo A y cicatrizan en un plazo inferior a 14 días, sin secuelas importantes. Cuando destruyen una parte importante de la dermis, las tipo B, la cicatrización se produce después de 18 días y la cicatriz es de mala calidad, con hipertrofia, queloides, híper o hipopigmentación y retracciones (17).
- c) Grado III. La lesión destruye toda la dermis, y no deja restos dérmicos o epidérmicos suficientes para permitir la epitelización. La cicatrización se produce por segunda intención, y la epitelización solo alcanza 1 a 2 cm desde el borde de piel sana. Para

una epitelización completa se requiere desbridar hasta obtener tejido de granulación e injertar (17).

- d) Grado IV. Implica destrucción de músculo o estructuras óseas. Generalmente son producidas por electricidad (17).

La localización tiene gran importancia en el pronóstico estético y funcional, por lo que se pueden diferenciar zonas especiales que son todas aquellas potencialmente productoras de secuelas y que no podrían ser áreas dadoras de injertos. Estas corresponden a los pliegues de flexión, cara y cuello, manos y pies, mamas, genitales y regiones periorificiales. Las zonas neutras o generales son aquellas que tienen poco movimiento, con menos posibilidades de retracción y, por lo tanto, de secuelas funcionales que no comprometen áreas estéticamente importantes. Finalmente debe establecerse el agente etiológico y las circunstancias en que se produjo la quemadura, ya que de ellos dependerá en gran medida el enfoque terapéutico (21).

2.3 Fisiopatología

El daño causado depende de la cantidad de energía involucrada, del tiempo de acción y de las características de la piel afectada, siendo mayor el daño, mientras más delgada sea la piel. Según la gravedad de las lesiones, puede haber respuestas locales (vasodilatación que se traduce en eritema; aumento de la permeabilidad vascular que lleva a la formación de flictenas y exudación y coagulación intravascular causando necrosis) y sistémicas (debido a la liberación de numerosas sustancias vasoactivas que entran a la circulación: catecolaminas, glucocorticoides, vasopresina, angiotensina, interleuquinas, etc., que produce una desestabilización grave del medio interno que requiere medidas de tratamiento intensivo) (21).

El daño local del tejido quemado ha sido estudiado ampliamente, y se han identificado claramente tres zonas de acuerdo con la profundidad de la lesión. En la parte central se observa la zona de coagulación con daño o necrosis tisular irreversible. A su alrededor está la zona de estasis, caracterizada por una intensa reacción inflamatoria que puede ser revertida o evolucionar a la destrucción total, y la zona de hiperemia en la periferia, donde el daño celular es mínimo y puede sanar en forma espontánea (17).

Los períodos evolutivos que caracterizan a las quemaduras de mayor gravedad pueden dividirse en: período de reacción inmediata, caracterizado por una gran descarga de adrenalina y dura alrededor de una semana; período intermediario que se inicia a partir de la segunda semana, caracterizándose por un estado hipercatabólico y que termina cuando se ha cubierto toda la superficie cruenta; y, finalmente, el período de recuperación que comienza cuando no quedan superficies cruentas, siendo importante la rehabilitación funcional, estética y psicológica, completándose con la reincorporación del individuo a la sociedad (21).

2.4 Tratamiento

Para el tratamiento existen dos escenarios: el primero es el lugar del accidente. Allí se deben aplicar los primeros auxilios e iniciar de inmediato el tratamiento de reanimación o hidratación. El paciente quemado se debe enviar con prontitud a la sala de urgencias, que es el segundo escenario de atención. Inmediatamente se ingresa y se le debe realizar una historia clínica completa, que incluya las siguientes preguntas: ¿Cuándo se quemó? (consignando la hora exacta del accidente), ¿con qué se quemó? (para controlar el agente), ¿cuánto tiempo estuvo expuesto al agente causal?, ¿qué enfermedades asociadas padece? Asimismo, es preciso cumplir con rapidez y eficiencia las siguientes acciones:

- a) Asegurar dos vías venosas periféricas
- b) Evaluación y clasificación de la quemadura
- c) Cálculo de extensión de la superficie corporal quemada
- d) Reposición de líquidos por vía parenteral
- e) Monitoreo clínico cada hora, durante las primeras 24 horas
- f) Control de líquidos ingeridos y eliminados
- g) Monitoreo de laboratorio en las primeras 24 horas
- h) Terapia medicamentosa
- i) Manejo local de la quemadura

Las reglas básicas del examen inicial consisten en realizar un examen físico completo, buscar signos de quemadura por inhalación, calcular la superficie corporal total quemada mediante la regla de los “9” de Wallace y Lund-Browder y establecer el grado de profundidad de las lesiones (6).

A su vez, se debe hospitalizar un paciente si tiene quemaduras por electricidad o por rayo de cualquier magnitud, quemaduras de cualquier índole en pacientes con falla de un órgano, quemaduras por inhalación, problemas asociados como maltrato o intento de suicidio, quemaduras oculares, quemaduras profundas (Grado III o B) de cara, cuello, manos, pies, genitales y áreas de flexión, niños o ancianos (< 5 o > 50 años) con quemaduras profundas de más de 5%, niños o ancianos (< 5 o > 50 años) con quemaduras superficiales de más del 10% y adultos con quemaduras profundas de más del 10% o superficiales de más del 20%.

El manejo del paciente quemado con criterios de hospitalización tiene que considerarse en dos etapas bien definidas:

- a) En el sitio del accidente (prehospitalario), el cual, a su vez, debe seguir las siguientes normas del soporte vital del trauma prehospitalario como: atención segura en la escena, parar el proceso de quemadura, enfriar la quemadura, cobertura inicial, evaluación de la severidad de la quemadura, canulación (fluidos) y analgesia (39).
- b) En el centro asistencial de Salud (intrahospitalario) se deben tener en cuenta los criterios del soporte vital avanzado de quemaduras para evaluar al paciente: Definir la magnitud y severidad de la lesión, identificar prioridades de tratamiento, manejar la lesión de las vías aéreas, iniciar la reposición de líquidos, aplicar vigilancia

psicológica, determinar el traslado a un centro para quemaduras según la gravedad del caso (39).

El tratamiento puede ser dividido en general y local. El tratamiento general está indicado en quemados con repercusión sistémica. Se trata de una serie de medidas que deben evolucionar dinámicamente, de acuerdo con las necesidades individuales. Sus objetivos son: primero, restablecer la homeostasis en el menor tiempo posible, y, segundo, prevenir la aparición de complicaciones (21).

La evaluación correcta del porcentaje de quemadura es vital para establecer el tratamiento y para mejorar el pronóstico del paciente. Es claro que la evaluación precisa de la extensión comprometida por la quemadura permite saber cuándo debe ser trasladado a una unidad especializada, cuál será el volumen de líquidos adecuados para la reanimación, cuáles son sus requerimientos nutricionales y, finalmente, cuál será el pronóstico. Los cristaloides, como la solución salina normal y el lactato de Ringer (solución de Hartman) han sido los líquidos más utilizados pues son soluciones muy fisiológicas, iso-osmolares y de bajo costo. La fórmula de reposición de líquidos más utilizada actualmente para reanimación del quemado es la de Parkland, desarrollada por Baxter en 1978, y que consiste en reponer un volumen de 4 ml/Kg/% de superficie quemada, utilizando lactato de Ringer (solución de Hartman), ya que es una solución parecida al ultrafiltrado de plasma que se pierde a través de la superficie quemada o que se fuga al intersticio capilar, se administra la mitad de lo calculado en las primeras 8 horas de ocurrida la quemadura y la otra mitad en las 16 horas restantes. Al día siguiente, se administra la mitad del día inicial hasta que el paciente mejore su estado de hidratación (16). La diuresis horaria es el parámetro clínico ideal para controlar la hidratación (17).

En un primer momento, la quemadura en sí misma tiene una importancia secundaria, difiriéndose el manejo local hasta que el paciente se encuentre estabilizado, excepto en lesiones químicas que deben irrigarse tan pronto como sea posible (21).

En las quemaduras hay que valorar profundidad (epidérmicas, dérmicas o subdérmicas), agente productor (térmico, eléctrico, químico o radiación) y criterios de gravedad (23):

a) Leves

- Quemaduras de primer grado
- Quemaduras de segundo grado < 10% de extensión
- Quemaduras de tercer grado < 2% de superficie corporal afectada

b) Graves

- Quemados de segundo grado con una extensión > 10% de la superficie corporal en adultos y > 5% en ancianos.
- Quemaduras de segundo grado con localización en el cráneo, cara, cuello, axilas, pies, genitales y pliegues de flexo-extensión, independientemente del porcentaje de la zona quemada.
- Quemaduras de tercer grado.
- Todas las quemaduras que presenten una patología grave asociada.

- Todas las quemaduras eléctricas y químicas.

El tratamiento local debe efectuarse bajo máxima asepsia y analgesia adecuada. En la primera curación se realiza un meticuloso aseo cutáneo y de las regiones quemadas, eliminando flictenas, cuerpos extraños y tejido esfacelado (21).

El principio básico del cuidado de las heridas es mantenerlas en un medio húmedo en forma continua, ya que la cicatrización será mucho mejor, rápida y eficiente, que en un medio seco. Otros factores que se deben considerar son: el desbridamiento, con las diferentes técnicas que existen y cuyo objetivo principal es el retiro del tejido necrótico; el manejo de la carga bacteriana, tratando la infección cuando ésta impida el proceso de cicatrización; proteger la piel vecina a la herida, y el manejo del dolor (11).

La curación se puede definir como el conjunto de técnicas que favorecen la aparición de cicatrización en una herida, hasta lograr su cierre. Existen dos tipos de curaciones: la tradicional, que usa apósitos de baja tecnología (gasas), y la avanzada, que usa apósitos con sustancias activas que interactúan con el microambiente de la herida como, por ejemplo, hidrocoloides, alginatos o colágeno, entre otros (11).

La eliminación precoz de la escara reduce las complicaciones locales y sistémicas. Eliminada la escara debe cubrirse la superficie cruenta, existiendo diferentes alternativas dependiendo de la condición del paciente y de los recursos disponibles. Como cobertura cutánea definitiva pueden emplearse autoinjertos de piel (21).

El curso clínico considerado “normal” de un quemado puede verse alterado por complicaciones en su evolución. Didácticamente pueden dividirse en locales y sistémicas. Entre las primeras se destacan la infección, profundización, síndrome compartimental, retracción cutánea, discromías y cicatrización patológica. Las complicaciones sistémicas incluyen principalmente la falla hemodinámica, distrés respiratorio e insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con falla multiorgánica, sepsis y úlceras de Curling (21).

En el paciente quemado es importante el manejo del dolor, debido a que es uno de los más intensos que el ser humano puede soportar y se divide en:

- a) Reposo: continuo y de moderada intensidad que se presenta en el reposo, requiere manejo inmediato ya que, de no tratarse, irá aumentando de intensidad y esto contribuirá a alterar el estado psicológico del paciente, lo que además dificultará su manejo (20).
- b) Dolor derivado de procedimientos: aparece durante las curaciones, cambios de apósitos, duchas, cambio de posición, ropa, cama al iniciar la terapia física, es agudo, intenso, de corta duración (20).
- c) Dolor postoperatorio: mayor intensidad que el previo, pero de características tendientes a limitarse, pero puede llegar a ser de duración prolongada debido a que el paciente puede ingresar a quirófano de forma muy continua (20).

- d) Dolor crónico: éste se presenta después de la cicatrización de las quemaduras; tiene como característica ser de tipo neuropático, así como prurito, es debido a la denominada neuropatía postquemadura (20).

El uso de fármacos es la principal y más efectiva forma de tratamiento del dolor en pacientes quemados. De estos, la base son los opioides potentes, porque su propia naturaleza e intensidad así lo requieren (20).

Etapa de resucitación	Opioides	Morfina, fentanilo
	Ansiolíticos	Midazolam
Etapa aguda	Opioides	Morfina, fentanilo, sufentanilo, remifentanilo, metadona, buprenorfina
	No opioides	Ketamina, dexmedetomidina, aines, paracetamol
	Ansiolíticos	Midazolam, loracepam, clonazepam
	Adyuvantes	Lidocaína, neuromoduladores, clorferamina
	No Farmacológico	
Etapa crónica	Opioides	Morfina, metadona, tramadol, tapentadol, buprenorfina
	No opioides	Paracetamol, aines
	Adyuvantes	Clorfenamina, neuromoduladores
	No farmacológico	

Ilustración 1. Principales fármacos utilizados en el tratamiento del dolor de acuerdo con la fase evolutiva de la quemadura³

El estado nutricional del paciente quemado debe ser evaluado en forma continua desde la lesión inicial hasta la cicatrización de las heridas. El sustrato preferencial es la glucosa, dado que en la herida se produce un aumento en la demanda de glucosa y mayor captación de esta, por lo que se debe suministrar junto con un aporte de proteínas elevado. La nutrición debe iniciarse de forma precoz, de elección por vía enteral, siempre que sea posible (23).

La evolución en el cuidado del paciente quemado ha supuesto una mejora en la morbimortalidad por este tipo de trauma. Actualmente, está centrada en el manejo de las heridas que la quemadura produce, ya que a lo largo del tiempo se han propuesto diferentes estrategias para favorecer la curación y para reducir los costos del proceso. Hay que tener presente que el tratamiento inadecuado de las quemaduras se traduce en una atención sanitaria prolongada y unos resultados dolorosos, funcionales y estéticos poco deseables. Es necesaria la elección del tratamiento más efectivo teniendo en cuenta el tipo de lesión, el medio en el que se realiza el seguimiento y el costo que supondrán las intervenciones. Todo ello intentando ofrecer al paciente el máximo bienestar y el menor dolor posible (29).

La actividad que tiene lugar al administrar medicamentos conforma una de las intervenciones de cuidado en la práctica de enfermería en el área hospitalaria. El análisis puntual de lo que ocurre en “el momento de administrar el medicamento” ha de permitir explorar la principios filosóficos y éticos que estructuran la práctica del cuidado, como también confrontar las teorías que se han dado al respecto, todo en orden a un desempeño más profesional en la

³ Ilustración tomada de: Mejía-Terrazas GE. Manejo del dolor en el paciente quemado. Rev Mex Anesthesiol. 2014; 37(1): 235-37

interacción enfermera(o)-paciente. La actividad de enfermería, “ofrecer el medicamento”, se convierte en una verdadera interacción de cuidado cuando se ejerce con la aplicabilidad del conocimiento. La vulnerabilidad física y emocional del paciente quemado, por ser un tanto mayor, exige de una calidad de atención y cuidado en el uso de la palabra y en las demás actitudes y comportamientos de la enfermera (3).

2.6.1 Intervenciones para reducir el riesgo de infección del paciente quemado:

Existen factores inherentes a la quemadura que predisponen a la colonización y posterior infección por microorganismos, como son la destrucción de la barrera de la piel y la disminución del flujo sanguíneo en el área quemada, lo cual impide la llegada de componentes de la inmunidad celular y la humoral y la penetración de antibióticos por vía sistémica. También, el depósito de tejido necrótico y la acumulación de exudados favorecen el crecimiento bacteriano (53).

La posibilidad de presentar infección aumenta con el grado de la quemadura, especialmente cuando el porcentaje de superficie corporal quemada es mayor de 30%. Entre los principales gérmenes colonizadores en casos de quemaduras, se encuentran *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y gérmenes Gram negativos como *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter aerogenes* y *Acinetobacter baumannii* (53).

Una revisión sistemática demostró que, en pacientes quemados, no se debe indicar la profilaxis antibiótica tópica o sistémica de rutina. Se requiere que la infección esté documentada por un cultivo positivo, una muestra de patología o respuesta clínica al uso de antibióticos, y tres de los siguientes criterios (53):

- Temperatura mayor a 38°C o menor a 36,5°C
- Taquicardia progresiva mayor a 110 lpm
- Taquipnea progresiva mayor a 25 rpm
- Aparición de trombocitopenia posterior a 3 días de la resucitación inicial, adultos menores a 100000 / ul
- Hiperglicemia en ausencia de diabetes mellitus preexistente, mayor a 200 mg/dl
- Intolerancia a la vía enteral por más de 24 horas.
- Vigilar signos locales de infección de la herida: dolor, edema, enrojecimiento, presencia de pus en la herida, así como datos de respuesta inflamatoria sistémica, fiebre o incremento leucocitario.

La prevención de la infección comienza por un tratamiento inicial adecuado del paciente quemado, en el que se destacan reanimación volémica adecuada, cambio de catéter venoso, retiro de catéter urinario cuando es innecesario, fisioterapia respiratoria, soporte nutricional precoz, escarectomía y cobertura precoz (53).

Es crucial mantener una observación clínica diaria y rigurosa. Según evolución y sospecha se sugiere realizar toma de cultivos (53).

En el paciente quemado como medida preventiva se debe administrar gammaglobulina antitetánica y toxoide tetánico intramuscular, si no está vacunado adecuadamente (53).

2.6.2 Rol de la enfermera en el tratamiento del paciente quemado.

Para recuperar o mantener el estatus científico de la profesión de enfermería, es necesario poner en la práctica todo el desarrollo teórico y científico generado por la disciplina (3), con el objetivo de fundamentar el cuidado de enfermería y garantizar las acciones transpersonales e intersubjetivas encaminadas a la protección y adquisición de un estado de autocontrol, autoconocimiento y autocuración del sufrimiento y dolor del paciente quemado (2). Por ello, la enfermera debe mantener las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en esta difícil etapa de su vida (2).

Por lo tanto, el rol de la Enfermería en el cuidado del paciente quemado se ha hecho más complejo atendiendo al avance ocurrido en los cuidados especializados. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud del quemado ha servido para que esta especialidad ocupe un papel protagónico dentro del equipo multidisciplinario de asistencia, pues su evolución dependerá en gran medida del éxito de la terapia nutricional, y éste, a su vez, del cuidado de enfermería (9).

Dentro de los cuidados esenciales de la enfermería se encuentra el ocuparse de la preparación, administración y seguimiento de las soluciones enterales/parenterales y el cuidado de las vías de acceso, así como de la observación clínica detallada del quemado y el reporte de las incidencias que ocurran durante la conducción del tratamiento (9).

El tratamiento intrahospitalario generalmente dura más de 30 días, donde el paciente puede permanecer en una unidad restringida y con pocos contactos externos. Por tanto, el equipo de enfermería debe estar atento para identificar esta situación y, a partir de un trabajo conjunto con la familia, asistirlo para facilitar su transición del ambiente protector y de aceptación del hospital a la confusión del hogar y de la comunidad. Su reintegro es lento y, probablemente, con muchas dificultades, en algunos casos resultantes más del miedo al rechazo o a la curiosidad que por la apariencia o por la existencia de deformidades cosméticas (35).

2.6.3 El proceso de atención de enfermería como estrategia de cuidado

Proceso de Atención de Enfermería (PAE), permite a la enfermera prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, el cual está compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (54). Aunque el plan de atención de enfermería se encuentra en una visión de reacción y la visión interactiva integrativa lo acepta siempre y cuando se vea las partes del ser humano dentro de su contexto, se incluyen algunos planes de enfermería pertinentes para la atención del paciente con quemaduras que se desarrollan a partir de la base de datos *NNN Consult*, herramienta online que permite

consultar ágilmente los lenguajes estandarizados de los diagnósticos desarrollados por *Nanda International* (NANDA), los resultados de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC), las intervenciones de la *Nursing Interventions Classification* (NIC) y los vínculos entre ellas (55)

La taxonomía en esta base de datos, favorece el pensamiento crítico cimentado en el desarrollo de enfermería, ajustándose a la vida cotidiana, particularmente en la mayoría de centros hospitalarios. De hecho, se puede crear directamente los planes de cuidados, asignar y evaluar tareas, motorizar progresos y realizar entregas desde la misma herramienta. A continuación, se presentan algunos diagnósticos de enfermería con sus respectivos NOC y NIC:

NANDA: Riesgo de infección M/P alteración de la integridad cutánea
NOC: severidad de la infección
<p>NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. - Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. - Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas. - Mantener técnicas de aislamiento, apropiadas. - Limitar el número de las visitas, según corresponda. - Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. - Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. - Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado. - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. - Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso. - Usar guantes estériles, según corresponda. - Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, apropiado. - Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v. - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. - Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
NANDA: riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos M/P lesión por quemadura
NOC: equilibrio hídrico - hidratación
<p>NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar a diario al paciente a la misma hora (p. ej., después de orinar, antes del desayuno) y monitorizar las tendencias. - Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC, según disponibilidad. Monitorizar los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria). - Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie. - Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea). Monitorizar las entradas y salidas.

- Llevar un registro preciso de entradas y salidas (p. ej., ingesta oral y enteral, infusión i.v., antibióticos, líquidos administrados con la medicación, sondas nasogástricas, drenajes, vómito, sondas rectales, drenaje por colostomía y orina).
- Realizar sondaje vesical, si es preciso. Consultar con el médico en caso de diuresis menor de 0,5 ml/kg/h o de ingesta de líquidos en un adulto y menor de 2.000 ml en 24 h según corresponda
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.
- Monitorizar la presencia de datos laboratorio de hemorragia (p. ej., hemoglobina, hematocrito, pruebas de sangre oculta en heces), si están disponibles.
- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemoconcentración (p. ej., sodio, BUN, gravedad específica de la orina), si están disponibles.
- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio y clínicos de insuficiencia renal aguda inminente (p. ej., aumento del BUN y creatinina, disminución del FG, mioglobinemia y oliguria).
- Fomentar la ingesta de líquidos por vía oral (es decir, distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas), salvo contraindicación.
- Ofrecer al paciente una bebida de su elección cada 1-2 horas mientras está despierto, salvo contraindicación.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Calcular las necesidades de líquidos en función de la superficie corporal y del tamaño de las quemaduras, según corresponda.
- Administrar soluciones isotónicas i.v. prescritas (p. ej., suero salino fisiológico o solución de Ringer lactato) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda.
- Administrar soluciones hipotónicas i.v. prescritas (p. ej., suero glucosado al 5% o suero salino al 0,45%) para la rehidratación intracelular a un flujo apropiado, según corresponda.
- Administrar un bolo i.v. prescrito de líquido isotónico a un flujo apropiado para mantener la integridad hemodinámica.
- Administrar las suspensiones de coloides prescritas (hetalmidón, albúmina o fracción proteica plasmática) para la reposición del volumen intravascular, según corresponda.
- Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda.

NANDA: Dolor agudo R/C lesiones por agentes físicos: quemaduras

NOC: control del dolor

NIC:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente.

- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (diagrama de flujo, llevar un diario).
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

NANDA: Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la integridad cutánea

NOC: curación de las quemaduras

NIC:

- Administrar toxoide tetánico, según corresponda.
- Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda.
- Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos.
- Ayudar al paciente a aceptar los cambios físicos y adaptarse a su estilo de vida (p. ej., relaciones sexuales, familiares, laborales y sociales).
- Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales.
- Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de extremidades y articulaciones para evitar la retracción.
- Colocar un apósito oclusivo sin comprimir.
- Controlar el nivel de consciencia en pacientes con quemaduras graves.
- Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden estar afectados.
- Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío.
- Enfriar la herida con agua templada (20° C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible.
- Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación.
- Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.
- Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación de todo el producto cáustico.
- Mantener permeables las vías aéreas para asegurar la ventilación.
- Obtener un electrocardiograma (ECG) en todas las quemaduras eléctricas.
- Ofrecer al paciente opciones de reparación estética.
- Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.

<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados. - Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios de donante e injerto. - Proporcionar medidas de confort antes de cambiar los vendajes.
NANDA: Deterioro de la movilidad física R/C dolor
NOC: movilidad
<p>NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vestir al paciente con prendas cómodas. - aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. - Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. - Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. - Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. - Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. - Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso. - Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. - Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. - Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad. - Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. - Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras. - Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar. - Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. - Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulación. - Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. - Animar al paciente a que esté «levantado según le apetezca», si es apropiado.
NANDA: Trastorno de la imagen corporal R/C rechazo a reconocer el cambio de su cuerpo
NOC: mejora de la imagen corporal
<p>NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo. - Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. - Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional en adolescentes y otros grupos de alto riesgo. - Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda. - Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. - Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente. - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.

- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
- Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.
- Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Observar si hay afirmaciones que identifiquen las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.
- Utilizar dibujos de sí mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal de un niño.
- Instruir a los niños acerca de las funciones de las diversas partes corporales, según corresponda.
- Determinar las percepciones del paciente y la de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los progenitores en respuesta a los cambios de aspecto de sus hijos.
- Determinar la respuesta del niño a las reacciones de sus padres, según corresponda.
- Enseñar a los padres la relevancia de sus respuestas a los cambios corporales del niño y la futura adaptación, según corresponda.
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Ayudar al paciente hospitalizado a aplicarse cosméticos antes de recibir visitas, según corresponda.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Utilizar ejercicios de autorrevelación con grupos de adolescentes u otros grupos de personas muy preocupadas acerca de los atributos físicos normales.

3. MARCO METODOLÓGICO

Para dar respuesta al problema planteado y a los objetivos de la investigación, se plantea una investigación cualitativa, tipo estudio de caso que busca dar cuenta de los saberes y prácticas del profesional de enfermería para el cuidado de pacientes quemados.

3.1 Generalidades de la investigación cualitativa

Se utilizó la metodología cualitativa, la cual es descrita por Taylor y Bogdan Como “la investigación que produce datos descriptivos, a partir de las propias palabras de las personas, habladas o escritas. Es un modo de encarar el mundo empírico” (56).

El estudio cualitativo posee características fundamentales las cuales se tendrán en cuenta para este estudio: 1. La investigación cualitativa es inductiva. 2. el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística. 3. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. 4. Se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. 5. El investigador suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. 6. Todas las perspectivas son valiosas. 7. Los métodos son humanistas. 8. Los investigadores dan énfasis a la validez en su investigación (56).

Según Creswell (57), la investigación cualitativa es un enfoque para la exploración y la comprensión de los significados que un individuo o grupo atribuye a un problema social o humano. Además, permite identificar los patrones de comportamiento de un grupo a través del tiempo y su participación en actividades.

Según Watson-Gegeo (58) en 1982, la investigación cualitativa consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables, además, incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. El investigador comienza por la recopilación de información detallada de los participantes y a partir de ésta realiza una categorización de la información.

También, estudia a las personas y las situaciones en las que se hallan, por lo tanto, es sensible a los efectos que ellos causan sobre quienes son sujeto de estudio. Se ha dicho de ellos que son naturalistas, es decir, que interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo, suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas, todos los escenarios y personas son dignos de estudio, ningún aspecto de la vida social es demasiado frívolo o trivial como para no ser estudiado (59).

El enfoque cualitativo surge como alternativa al paradigma racionalista, puesto que en las disciplinas de ámbito social existen diferentes problemáticas, cuestiones o restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión desde la metodología cuantitativa (59).

3.2 Epistemología de la investigación cualitativa

La epistemología cualitativa defiende el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento, lo que de hecho implica comprender el conocimiento como una producción y no como la aprehensión lineal de una realidad que se nos desvela (60).

Cuando afirmamos el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento, lo que deseamos destacar es que el conocimiento es una construcción y una producción humana, no algo que está listo para conocer una realidad ordenada de acuerdo con categorías universales del conocimiento (60).

El conocimiento es un proceso permanente de construcción que encuentra su legitimidad en la capacidad de generar nuevas construcciones en el curso de la confrontación del pensamiento de la investigadora con la multiplicidad de eventos empíricos que coexisten en el proceso investigativo (60).

Afirmar el carácter constructivo-interpretativo de la investigación implica también establecer una diferencia en el alcance del término construcción, ya que de hecho toda interpretación es una construcción (60). Asimismo, el conocimiento no es aséptico, ni neutro, es un conocimiento relativo a los significados de los seres humanos en interacción: solo tiene sentido en la cultura y en la vida cotidiana (61).

Desde el punto de vista epistemológico, se considera que el conocimiento es un producto de la actividad humana y por lo tanto el conocimiento no se descubre, se produce. Este paradigma nos devuelve al mundo de la vida cotidiana: los seres humanos se mueven en interacciones y comunicaciones con sus semejantes (58).

3.3 Diseño y enfoque: estudio de caso típico descriptivo

Según Yin (62), el estudio de casos es una investigación empírica que analiza un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. Una investigación de estudio de casos trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales. Como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación. También como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.

La investigación con estudios de casos comparte la carga de clarificar las descripciones y de dar solidez a las interpretaciones. Aceptar una visión constructivista del conocimiento no obliga al investigador a abstenerse de ofrecer generalizaciones. Por el contrario, una visión constructivista invita a ofrecer a los lectores buena materia prima para su propio proceso de generalización. Se destaca aquí la descripción de las cosas a las que normalmente prestan atención los lectores, en particular los lugares, los acontecimientos y las personas, y no sólo una descripción de lugares comunes, sino una "descripción densa" (63).

Según Stake (63), los estudios de caso tienen como característica básica que abordan de forma intensiva una unidad; ésta puede referirse a una persona, una familia, un grupo, una organización o una institución.

Respecto al propósito, las investigaciones realizadas mediante el método de estudio de caso pueden ser descriptivas si lo que pretende es identificar y describir los distintos factores que ejercen influencia en el fenómeno estudiado, tal y como se va a realizar en la presente investigación (64).

Procedimiento metodológico del estudio de caso según Shaw (1999) adaptado por la investigadora (65):

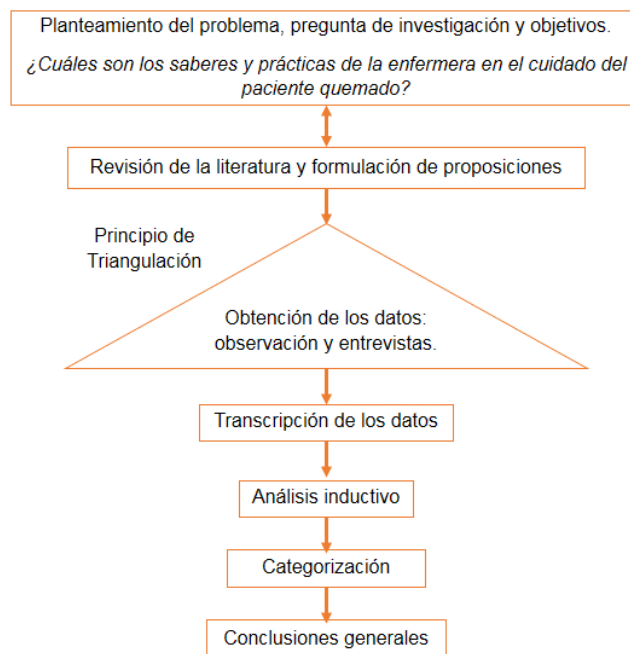


Ilustración 2. Procedimiento metodológico.

3.4 Muestra

En el presente estudio de caso no se seleccionó una muestra representativa de una población sino una muestra teórica. Así, el objetivo de la muestra teórica fue elegir casos que dieran cuenta del fenómeno de estudio.

Eisenhardt (66) argumenta que el número de casos apropiados depende del conocimiento existente, del tema y de la información que se pueda obtener a través de la incorporación de estudios de casos adicionales. De esta manera los casos múltiples son una herramienta poderosa para crear teoría.

Además, se tendrá en cuenta la recomendación de Glaser y Strauss hasta cuando se “saturen” los temas y áreas en los cuales el investigador está interesado, lo que significa que no se encuentran nuevos datos en los casos adicionales, no se deberían adicionar más casos y se debe detener el proceso de recolección de información (64).

Por lo tanto, en la presente investigación no se definió el tamaño de la muestra: se comenzó por 4 casos individuales y a medida que iban surgiendo las categorías se incluyeron nuevos casos hasta obtener la saturación teórica o como dice Guba & Lincoln (63) hasta el punto de la redundancia. Patton (67) afirma que no hay reglas para el tamaño de la muestra en una investigación cualitativa, sin embargo, para darles orientación a los investigadores interesados, algunos autores, como Eisenhardt, (66) recomiendan que el número ideal de casos a estudiar está en un rango de cuatro a diez o más casos, como se realizó en la presente investigación alcanzando un número total de 13 casos individuales.

Los estudios de casos pueden ser simples o múltiples, y, dependiendo del nivel de análisis, se puede clasificar en 4 tipos básicos (64):

- a) Caso único o unidad de análisis
- b) Caso único con unidad principal y una o más subunidades
- c) Casos múltiples con unidad principal de análisis
- d) Casos múltiples con unidad principal y una o más subunidades dentro de la principal.

Con base en la anterior clasificación la presente investigación es de tipo *casos múltiples con unidad principal de análisis*, donde la unidad de análisis corresponde al profesional de enfermería que atiende pacientes quemados.

Al obtener el permiso institucional para llevar a cabo la investigación, se socializó el objetivo de ésta con las enfermeras de las unidades de quemados adulto/pediátrica. Posteriormente, se dejó abierta la opción de contactar a la investigadora en caso de querer participar en el estudio, para lo cual dejó sus números telefónicos y su correo personal.

El criterio de inclusión fue: profesional de enfermería con más de 6 meses continuos de labor en la unidad de quemados. Además, su participación fue voluntaria, y firmaron el consentimiento informado.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En un estudio de casos, el investigador puede utilizar diferentes fuentes de información como bases de datos, entrevistas, encuestas, observación y revisión de documentos. En la presente investigación se utilizaron como instrumentos de recolección de datos la observación participante y la entrevista semiestructurada.

3.5.1. Observación participante.

La observación participante es la técnica más empleada para analizar la vida social de los grupos humanos. Es un instrumento útil para obtener datos sobre cualquier realidad social. La observación participante permitió prestar mayor atención al punto de vista de los actores. De este modo, la investigadora pretendió aprehender y vivir una vida cotidiana que le resultaba ajena. Para ello se ocupó de observar, acompañar, compartir en el sitio de trabajo (y en menor medida participar) con los actores, las rutinas típicas y diarias que conforman la experiencia humana (56).

La observación participante depende del registro de notas de campo completas, precisas y detalladas, por lo tanto, se tomaron notas en y después de cada observación. También, después de contactos más ocasionales con los informantes, como, por ejemplo, encuentros casuales y conversaciones telefónicas. Puesto que las notas proporcionaron los datos que fueron la materia prima de la observación participante, se redactaron lo más completas y amplias posible. Las notas de campo incluyeron descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto de las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis de trabajo del observador. Se describió el entorno físico: los lugares de acceso, las habitaciones, el paisaje, los vestíbulos, su situación en el plano y la decoración de la unidad (56).

La observación participante es la heredera intelectual de la corriente naturalista, ya que se buscó describir los comportamientos de las enfermeras en su medio natural. Analizar la observación participante implicó, analizar lo subjetivo (56).

Durante la observación, la investigadora registró los acontecimientos para ofrecer una descripción de los episodios para formar una historia o una descripción única del caso. (63).

En la presente investigación las observaciones se realizaron durante los meses de agosto de 2017 a febrero de 2018 en la unidad de quemados adulto/pediátrica, sitio de trabajo de las enfermeras participantes, con un total de 71 horas. Dichas observaciones comprendieron características sociales y culturales del servicio y comportamientos de las enfermeras y de los pacientes, con sus respectivos consentimientos informados (enfermera,

paciente/familia/representantes legales), tal como lo había programado la investigadora en el proyecto, ver ANEXO 1.

A cada observación realizada se le asignó un código para facilitar la referenciación de lo narrado y la codificación en la matriz de la siguiente manera. Además, se especifica en qué unidad se desarrolló cada observación.

NÚMERO DE OBSERVACIÓN	FECHA	CÓDIGO	UNIDAD DE QUEMADOS
Observación #1	29/08/2017	O1	Adultos
Observación #2	07/11/2017	O2	Adultos
Observación #3	09/11/2017	O3	Adultos
Observación #4	05/02/2018	O4	Pediátrica
Observación #5	06/02/2018	O5	Pediátrica
Observación #6	07/02/2018	O6	Pediátrica
Descripción de mi propia experiencia		ODME	Adultos

Tabla n. 4: Observaciones codificadas

3.5.2. Entrevistas semiestructuradas.

Parten de preguntas planeadas que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja fue la posibilidad de adaptarse a los participantes con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (68).

Éstas ofrecieron un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que se mantuvo la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio (68).

Para el desarrollo de las entrevistas, se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Miguel Martínez (69):

- a) Una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio. VER ANEXO 2.
- b) Se eligió un lugar tranquilo dentro de la institución de salud - sin ruidos que entorpecieran la entrevista y la grabación-, con una duración aproximada de 45 minutos que favoreció el diálogo profundo con el entrevistado.
- c) Explicación de los propósitos de la entrevista. Se solicitó autorización para grabarla.
- d) Se tomaron los datos personales y sociodemográficos que se consideraron apropiados para la investigación. VER ANEXO 3.
- e) La actitud de la entrevistadora fue receptiva y sensible, no se mostró desaprobación en los testimonios.

- f) Se siguió una guía de preguntas lo que permitió al entrevistado hablar de manera libre y espontánea. No obstante, fue necesario modificar el orden y contenido de acuerdo con el proceso de la entrevista.
- g) No se interrumpió el curso del pensamiento del entrevistado y se dio libertad de tratar otros temas que el entrevistador percibió relacionados con las preguntas.
- h) Con prudencia y sin presión, se invitó al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio.
- i) Otro reto fue el manejo de un tiempo limitado, en este caso, 45 minutos aproximadamente y el interés por hacer todas las preguntas de la guía. Asimismo, la entrevistadora estuvo alerta al comportamiento no verbal y reacciones ante las respuestas, para no intimidar o propiciar restricciones en los testimonios del entrevistado (68).

La entrevista fue el cauce principal para llegar a las realidades múltiples. Durante el desarrollo de la investigación no se realizaron preguntas idénticas a todos los participantes por lo que cada entrevistado tuvo experiencias únicas, historias especiales que contar. Se tuvo una guía con preguntas orientadoras. Se trató de evitar respuestas simples y de conseguir la descripción de un episodio, una relación, una explicación. Al cabo de unas pocas horas de realizarla, la investigadora procedió a la transcripción lo más exacta posible de la información y preparó una copia escrita, con las ideas y los episodios principales que se hubieren recogido (63).

Se realizaron entrevistas formales a 13 enfermeros profesionales y entrevistas informales a 2 cirujanos plásticos y 4 auxiliares de enfermería.

A dichas entrevistas se les asignó un código para facilitar la referenciación de los testimonios y la codificación en la matriz tal y como se demuestra en la siguiente tabla. Además, se especifica la unidad en la que labora el profesional de enfermería.

ENTREVISTAS FORMALES	CÓDIGO	UNIDAD DE QUEMADOS
Entrevista #1	E1PA	Adultos
Entrevista #2	E2LM	Adultos
Entrevista #3	E3MF	Adultos
Entrevista #4	E4DC	Adultos y Pediátrica
Entrevista #5	E5YH	Adultos
Entrevista #6	E7ME	Adultos y Pediátrica
Entrevista #7	E7LB	Adultos y Pediátrica
Entrevista #8	E8TJ	Pediátrica
Entrevista #9	E9NG	Adultos
Entrevista #10	E10LC	Pediátrica
Entrevista #11	E11LO	Adultos

Entrevista #18	E18ESB	Adultos
Entrevista #19	E19FF	Adultos

ENTREVISTAS INFORMALES	CÓDIGO
Entrevista #12	E12MH
Entrevista #13	E13AMS
Entrevista #14	E14YA
Entrevista #15	E15GG
Entrevista #16	E16AMM
Entrevista #17	E17CCH

Tabla n. 5: Entrevistas codificadas

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

3.6.1. Análisis inductivo.

El análisis se realizó en forma inductiva y comprendió las siguientes fases (64):

1. Análisis *in situ*: ocurrió mientras se recolectó la información, para lo cual fue necesario grabar las entrevistas y tomar nota de las observaciones. Después se transcribieron junto con las notas mentales realizadas durante la entrevista y la observación.
2. Transcripción de los datos: se realizó inmediatamente después de las entrevistas y de las observaciones; se hizo una lectura y relectura tanto de las transcripciones como de las notas de campo recolectadas y se inició el proceso de codificación línea por línea y la estructuración y organización de estas dentro de las respectivas dimensiones, subcategorías y categorías.
3. Foco del análisis: la investigadora se centró en las áreas de interés que condujeron a la comprensión del problema de investigación, mediante la concentración de los datos recolectados y su comparación constante con los códigos previamente establecidos, para determinar las diferencias y similitudes con la literatura existente al respecto.
4. Análisis profundo de la investigación: con el propósito de interpretar las relaciones encontradas entre las categorías y los datos obtenidos, e intentar explicar por qué existen dichas relaciones, lo cual condujo a la comprensión del fenómeno estudiado.
5. Presentación del análisis al grupo de investigadores: esta etapa permitió formalizar un *feedback* y obtener el punto de vista de los distintos participantes, así como sus respectivos comentarios que sirvieron para evaluar la comprensión del problema.

Las técnicas de procesamiento de los datos que se utilizaron en la presente investigación fue la categorización emergente y la triangulación hermenéutica, tal y como se describe a continuación.

3.6.2. Categorización.

Como la investigadora es quien le otorga significado a los resultados de su investigación, uno de los elementos básicos que se tuvo en cuenta fue la elaboración y distinción de tópicos a partir de los datos y la organización de la información. Para ello se distinguieron entre categorías que denotan un tópico en sí mismo, y las subcategorías, que detallan dicho tópico en microaspectos. Estas categorías y subcategorías fueron emergentes, ya que surgieron del levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación (70). Para lograr la categorización, se realizó la codificación línea por línea de las narrativas y observaciones de los participantes.

3.6.3 Triangulación hermenéutica.

Es la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación a partir de los instrumentos correspondientes. En esencia, constituye el corpus de resultados de la investigación. Por ello, la triangulación de la información es un acto que se realiza una vez que ha concluido el trabajo de recopilación de la información y concomitante con el análisis de los datos (70).

El procedimiento práctico que se efectuó en la triangulación hermenéutica pasó por las siguientes etapas, y correspondió a los cuatro tipos básicos de triangulación (70):

- a) Se seleccionó información pertinente y relevante.
- b) Triangulación de datos: se trianguló información de las subcategorías de una categoría.
- c) Triangulación metodológica: se trianguló de las diversas fuentes de información.
- d) Triangulación de teorías: se trianguló la información de las categorías y subcategorías con el marco teórico, literatura especializada de la temática abordada.

Una forma de validar un estudio de caso es mediante la triangulación. Esto implicó observar las concordancias o diferencias al utilizar los enfoques y estrategias durante el estudio. También se observó la congruencia o disimilitud en el transcurso de la entrevista (70).

A medida que se desarrolló el análisis se utilizaron memos analíticos (notas) que la investigadora realizó a lo largo del estudio en relación con la codificación, la bibliografía consultada y sus reflexiones metodológicas y analíticas entre otras.

Además, se realizó un estudio exploratorio con las primeras cuatro entrevistas y observaciones para revisar la pertinencia de las preguntas, la guía de observación, el uso de la grabadora y la transcripción de estas, lo cual permitió mejorar la guía para las entrevistas y observaciones.

3.7. Rigor metodológico

Se cumplieron los cánones del rigor metodológico. Los criterios utilizados para el presente estudio fueron la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad (71).

La credibilidad se logró cuando los hallazgos fueron reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos pensaban y sentían. Así entonces, la credibilidad se refirió a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado (71).

En cuanto a la auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad, es la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello se registraron y documentaron las decisiones e ideas que la investigadora tuvo en relación con el estudio (71). Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares (72). Además, la confirmabilidad se caracteriza por que los resultados de la investigación garantizan la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (73)

Para cumplir con el criterio de auditabilidad de la presente investigación se realizó una descripción de las características de los participantes. Además, se grabaron las entrevistas, previo consentimiento oral y/o escrito y se conserva cada una de estas con su respectiva transcripción, las cuales se analizaron de forma inductiva y codificadas línea por línea de forma manual, al igual que los datos obtenidos por las observaciones participantes realizadas en la unidad de quemados adulto y pediátrica. Posteriormente, se realizó una revisión de la literatura existente y se encontraron múltiples referentes bibliográficos que permitieron contrastar los resultados de la investigación, consultados en las diferentes bases de datos. Este proceso de recolección y análisis de datos fue auditado por la asesora de la investigación.

Las entrevistas que se realizaron personalmente se llevaron a cabo en la unidad de quemados donde laboraba el participante en el momento en que ya había finalizado todas sus funciones. También, se realizaron entrevistas vía telefónica, en un periodo de tiempo concertado con el participante para ser llevada a cabo en un ambiente tranquilo y silencioso como la casa de los participantes. Al realizarlas, la investigadora tuvo una posición de imparcialidad hacia los testimonios dados por los participantes, no se influyó en lo que éste transmitía.

A pesar de tener una previa concepción de la atención del paciente quemado por la experiencia vivida de la investigadora, evitó realizar juicios de valor y predisponer los resultados.

La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se tuvo en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar

qué tanto se ajustan los resultados en otro contexto. El lector del informe es quien determina si puede transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se describió densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por lo tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (71).

3.8 Aspectos éticos de la investigación

En la presente investigación se consideraron los aspectos éticos basados en las recomendaciones internacionales de Investigación Biomédica en Seres Humanos, establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) (74), la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002 y la normatividad nacional establecida. Además, se acogió a los requisitos propuestos por Ezequiel Emanuel correspondientes al valor social, validez científica, selección equitativa de los sujetos, proporción favorable de riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto por los sujetos inscritos (75).

Dentro de las consideraciones éticas tenidas en cuenta en esta investigación estuvieron las planteadas en la Resolución 008430 de 1993 donde se referencian los artículos relacionados con la identificación del riesgo para las personas que participan en una investigación, con el fin de proteger sus derechos y evitar vulnerarlos. Dicha resolución consideró la investigación con riesgo mínimo como:

Estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución. (76).

Se clasificó como una investigación de mínimo riesgo para los participantes, ya que no hubo intención de hacer daño y las intervenciones propuestas fueron la entrevista y la observación, lo que no supuso un peligro a su integridad. Aunque se pudieron presentar algunas molestias

“de tipo moral, emocional y psicológico” en la presente investigación afortunadamente no fue el caso (77) y en lo posible se evitaron por parte de la investigadora, dando tiempo, acompañamiento, libertad e información a la persona para resolver dichos asuntos de manera adecuada. Si durante las entrevistas y las observaciones los participantes presentaban alteraciones emocionales al recordar experiencias o al sentir violación de su privacidad, se tuvieron en cuenta como un riesgo a intervenir.

La investigación cumple con el requisito de **valor social** propuesto por Emmanuel Ezequiel, pues se buscaron los saberes y prácticas de las enfermeras en la unidad de quemados ya que estos fundamentan las intervenciones de enfermería para minimizar complicaciones y garantizar calidad de vida en el paciente quemado, así como mejorar su salud y su bienestar

Asimismo, la investigación se llevó a cabo cumpliendo con el segundo requisito de **validez científica** propuesto por Emmanuel Ezequiel desarrollado bajo un enfoque cualitativo, con un paradigma epistemológico de carácter constructivo - interpretativo, utilizando como método de investigación el estudio de casos. Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la observación participante y la entrevista semiestructurada. El instrumento fue la investigadora y la muestra teórica inició con 4 casos, los que se ampliaron hasta alcanzar la saturación teórica o como dice Guba & Lincoln (63) hasta el punto de la redundancia. El análisis de datos se llevó a cabo mediante el análisis inductivo, la categorización emergente y la triangulación hermenéutica.

De acuerdo con el tercer requisito de la **selección equitativa de los participantes**, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: enfermera que cuide a pacientes quemados de instituciones de salud de III y IV nivel, la participación voluntaria, tiempo de labor mayor a 6 meses en servicios especializados en la atención del paciente quemado y firma del consentimiento informado. Al obtener el permiso institucional se socializó con las enfermeras de la unidad de quemados adulto/pediátrica el proyecto de investigación.

Para cumplir con el requisito de **proporción favorable de riesgo-beneficio** se consideraron y se garantizaron los principios éticos de autonomía, mediante el consentimiento informado; de beneficencia y no maleficencia, al asegurar que los beneficios exceden los riesgos; de justicia, a partir de la selección equitativa de los participantes; y el derecho a la confidencialidad, privacidad, autodeterminación y a ser informados sobre la naturaleza de la investigación, los beneficios potenciales y las molestias que puede representar el estudio para los participantes. (78)

Para cumplir con el requisito de **evaluación independiente**, y por ende evitar los posibles conflictos de intereses por participar en esta investigación, el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería dio el aval de los resguardos éticos de la presente investigación.

Para cumplir con el requisito de **respeto por los sujetos inscritos**, la participación en la investigación fue una decisión libre y autónoma de los individuos. Las relaciones investigadora-participantes estuvieron mediadas por la verdad y se fundamentó en el consentimiento libre, consciente y reflexivo, lo que implicó la responsabilidad de explicarles, tan completo cómo hubiese sido posible y en términos que los participantes entendieran, los

propósitos y el sentido del trabajo, la forma como se llevaría a cabo, sus destinatarios y financiadores y sus formas de divulgación (79). Se garantizó que se daría respuesta a cualquiera pregunta y aclaración a cualquiera duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

Para cumplir con el último requisito ético para la investigación cualitativa, se tuvo en cuenta el **Consentimiento Informado** como una de las principales herramientas que permitió realizar el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (76). Se aplicó dicho formato, donde se definió: el propósito, el tipo de información que se requirió, los beneficios potenciales, la promesa de confiabilidad, el derecho a renunciar y el manejo de los datos, lo que permitió a los participantes tomar libre decisión de participar o no en el estudio (VER ANEXO 4). Se respetó el derecho a la intimidad sin hacer públicas informaciones que pudieran afectar a los actores sociales, por lo que en el proceso de registro se omitió la información de aquellos datos (nombres, lugares, fechas) que permitieran la identificación del participante o de personas y de las instituciones a las que se refería (80).

En este sentido, se consultó a los participantes y se hicieron acuerdos sobre la técnica de registro (grabación). A su vez, tuvieron derecho a conocer cómo se registró la información y el propósito de compartirla con otros investigadores (asesores) y con un posible público. Cada entrevista se realizó en un ambiente en el cual se ofreció tranquilidad, comodidad emocional, física y afectiva, escuchando, sin omitir juicios. Se procuró una permanente comunicación con el fin de aclarar dudas.

En cuanto a los beneficios para los participantes, la devolución de la información se propuso en dos momentos: el primero durante el proceso de codificación de información recolectada. Estos resultados se presentaron a las enfermeras con el propósito de que dicha información sí estuviera acorde con lo que quisieron transmitir, lo que les permitió sentirse identificados con los registros, además se brindó la oportunidad de cambiar algún testimonio si así lo consideraron. El segundo estuvo dado al final de la investigación, para lo cual las enfermeras participantes serían invitadas a la presentación pública de los resultados obtenidos. Los participantes no corrieron riesgo alguno. Una vez terminada la investigación, será presentada a la comunidad académica en una conferencia en el auditorio del Hospital San Vicente, previa solicitud de permiso a la directora del Departamento de Enfermería durante una de las reuniones mensuales programadas y dirigidas al personal de enfermería de la institución (81). Por otra parte, en cuanto a los beneficios para la institución prestadora de servicios de salud se propone realizar devolución de la información obtenida a partir de la presentación de los resultados a las personas que componen las áreas administrativas y asistenciales de los servicios que prestan atención a pacientes quemados, con la finalidad que estos sirvan como insumos de comparación, ajuste y producción de referentes bibliográficos acerca del cuidado integral que la enfermera debe ejecutar durante la atención y que serán posteriormente publicados como artículo en una revista indexada. El proceso de recolección de la información estará custodiada y guardada por la investigadora por medios magnéticos y

archivos físicos por un lapso de dos años después del cierre del proceso investigativo, al cabo del cual se procederá a su destrucción. La investigadora veló y velará por el cumplimiento en forma permanente de las consideraciones éticas.

Finalmente, se obtuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia el 06 de abril de 2017 (ver ANEXO 5) y el aval de la Unidad de Investigaciones y Comité de Ética del Hospital Universitario San Vicente Fundación el 13 de junio de 2017 (ver ANEXO 5).

4. HALLAZGOS

4.1 Caracterización sociodemográfica

Participaron 13 profesionales de Enfermería de instituciones de salud de IV nivel de complejidad de tres ciudades capitales de Colombia, correspondientes a 11 mujeres y 2 hombres, con una edad promedio de 36 años, 11.2 años de experiencia total como enfermeros y 5.2 años de tiempo promedio laborado en la unidad de quemados, 8 en unidad de quemados adultos, 2 en unidad de quemados pediátrica y 3 enfermeras que han trabajado tanto con adultos como con niños; de los cuales, 6 son enfermeros especialistas y 7 generales, solo uno del área de heridas y ostomías. Además, participaron otras 6 personas: 2 cirujanos plásticos y 4 auxiliares de enfermería de la Unidad de Quemados de un Hospital de IV nivel de complejidad.

Después del análisis de la información emergieron varias categorías y subcategorías a partir de los testimonios dados por cada uno de los participantes de la investigación. Los hallazgos dan cuenta de las siguientes categorías: Trabajar en un contexto diferente; Enfermera como eje central; Saberes y prácticas aprendidas.

4.2 Trabajar en un contexto diferente

Surge de los resultados conformados por 6 subcategorías. La unidad de quemados se caracteriza por contar con una serie de elementos que la hacen diferente al resto de los servicios: personal o equipo de trabajo multidisciplinar con atributos específicos que le permitan vivir y convivir con este tipo de paciente para brindar un manejo interdisciplinar y contribuir en su recuperación.

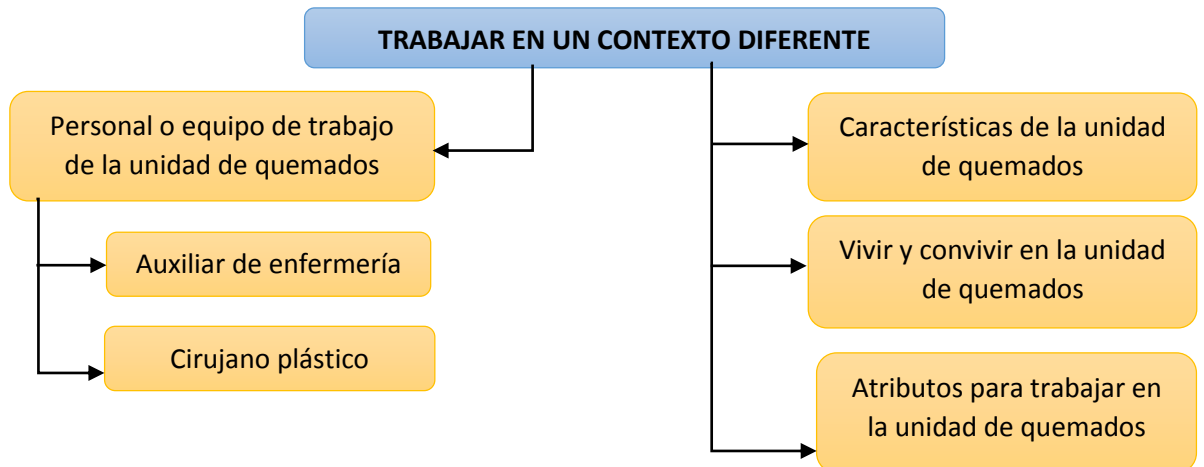


Ilustración 3: Trabajar en un contexto diferente. Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, febrero 2018.

4.2.1 Características de la unidad de quemados: Esta subcategoría la compone los siguientes códigos:

- Normas en la unidad
- Pocas unidades en el país
- Número de pacientes/habitaciones
- Meses de mayor ocupación
- Apoyo de otros servicios
- Escasos recursos
- Ingreso a la unidad
- Ambiente laboral
- Aspectos a mejorar en la unidad
- Cambio de uniformes
- Estadías prolongadas
- Unidades juntas
- Un día en la unidad
- Diferentes a las otras salas

Aunque el paciente quemado se presenta en gran proporción y el número de unidades existentes son insuficientes para su atención, la posibilidad de cama en un centro especializado es difícil de encontrar por las estadías hospitalarias tan prolongadas.

“La gente no sabe que la población quemada es abundante, por ejemplo, en este momento la sala mantiene llena y hay unos 10 pacientes más por fuera de la sala y se puede decir que casi diario entra un paciente quemado por urgencias por cualquier cosa” E9NG.

Las unidades de quemados tienen una alta ocupación durante el año, pero indiscutiblemente, el mes en que se duplican los ingresos por quemadura es diciembre.

“En la unidad de quemados no solo encontramos una ocupación muy alta en diciembre. Diciembre sabemos que es una temporada crítica por lo de la pólvora por la cantidad de eventos que se realizan en la calle y las personas están expuestas a los asados, los sancochos, etc... En la unidad todo el año podemos encontrar una ocupación casi del 100%” E2LM.

Además, estas unidades brindan un servicio especial en contraste con los demás servicios hospitalarios por su dinámica de atención, pues hay mayor dependencia por parte de los pacientes, hay normas específicas como el cambio de uniforme para el personal de enfermería, el ingreso restringido y las altas medidas de bioseguridad para prevenir el riesgo de infección, los horarios de visitas y las normas que se les impone para prevenir complicaciones es lo que lo diferencia de los demás servicios.

“Este servicio se maneja muy diferente a otros servicios porque en los otros servicios cada paciente es en lo suyo, en su cubículo, comen solos, hacen todo solo; pero este paciente es totalmente dependiente de uno” E3MF.

“Tenemos que estar controlando mucho la cantidad de personas que hay en la unidad. A pesar que acá la metodología es muy diferente de no tener paciente aislado, debemos controlar mucho las normas de bioseguridad y de la higiene de manos y de todas estas actividades que yacen en la unidad para prevenir el riesgo de infección” E5YH.

4.2.2 Atributos para trabajar en la unidad de quemados: Esta subcategoría la componen los siguientes códigos:

- Ser fuerte para separar lo laboral de lo personal
- Gusto por el área de heridas
- Sensibilidad humana para este trabajo
- Gusto por educar
- Tener buena actitud
- Ser organizado
- Ser paciente, empático y tolerante
- Tener vocación y amar la profesión
- Conocimiento y ganas

La enfermera requiere sensibilidad humana para trabajar en la unidad de quemados, aunque también debe ser fuerte para separar lo laboral de lo personal debido a que se presencian situaciones de gran impacto que puede llegar a afectar su salud mental.

“La enfermera debe ser una persona sensible, porque una persona que no sienta el dolor de otro y más en un paciente quemado, está en la profesión equivocada” E7LB.

“La enfermera tiene que ser una persona muy fuerte, porque una persona débil no es capaz de separar esas dos cosas lo laboral de lo personal” E1PA.

También requiere empatía, paciencia y tolerancia, pues en gran medida es un paciente dependiente al personal de enfermería. Por otra parte, puede presentar inestabilidad emocional que dificulte su manejo. La enfermera debe tener vocación y amar la profesión porque este tipo de paciente requiere compromiso y sacrificios en pro de su bienestar:

“Yo siento que la experiencia de estar acá en la unidad despierta mucho más la sensibilidad por los casos que se viven, por el dolor del paciente, además, la enfermera debe tener empatía con el paciente y entender el proceso por el que está pasando” E5YH.

“La enfermera tiene que ser una persona responsable, comprometida, dedicada, que le importe realmente y tenga vocación para sacar adelante este tipo de paciente” E1PA.

A su vez, requiere tener buena actitud, ser organizada, demostrar conocimiento y ganas ya que es un servicio más asistencial que administrativo y requiere de mucha práctica para tener el dominio de este.

“La enfermera debe ser muy organizada porque la curación de quemados requiere de mucho tiempo, entonces debe ser organizada en cuanto a planeación, a manejo del tiempo, en cuanto a todo debe ser una persona muy organizada” E7LB.

“Primero que todo la enfermera debe tener conocimiento y muchas ganas de trabajar. Yo pienso que todo es como cuestión de ganas, de meterse en el cuento de hacer curaciones y de ir mirando la evolución” E2LM.

Amén de lo anterior, debe gustarle el área de heridas por la complejidad de la lesión, la curación y el tipo de manejo que se realiza en la unidad, como un desbridamiento manual; además el paciente quemado tiene un olor particular que no les agrada a muchas personas.

“Hay enfermeras que de pronto les da miedo, otras les da impresión, otras no les gusta el cuento de las heridas, entonces primero que todo para trabajar en la unidad de quemados tiene que gustarle hacer lo que hace. Hay unas que les gusta más lo administrativo hay otras que les gusta más la asistencial, entonces yo pienso que como primera medida uno tiene que tener gusto por el paciente quemado y sobre todo reconocer que esta es una sala muy asistencial, es más de hacer, de no estar ahí en el computador sino que aquí es más de estar con el paciente”. E9NG

Por último, debe presentar un gusto particular por brindar educación al paciente y la familia acerca de su tratamiento y la forma de prevenir una quemadura en situaciones futuras.

“Es de los pocos servicios que hay aquí en el hospital que da mucha educación, y eso es muy importante para enfermería, en esta sala la educación es primordial, e incluso eso no se hace en ninguna otra sala” E9NG.

4.2.3. Vivir y convivir en la unidad de quemados: Esta subcategoría la componen los siguientes códigos:

- Afectación psicológica
- Múltiples problemáticas
- Brindando ánimo y surgiendo una motivación
- Comprender su situación
- Queriendo estar quietos
- Inconformidad con la ayudada brindada
- Sentimientos después de una amputación
- Dudas para el cuidado en casa
- Afianzar lazos de amistad por el tiempo compartido
- Sentimiento de culpa de los padres de los niños
- Realización de diferentes actividades
- Agradecimiento de los pacientes
- Comprometidos con el cuidado
- Ser feliz y positivo

El paciente quemado contempla múltiples problemáticas y se considera vulnerable con desequilibrio psicológico ya que requiere un proceso de adaptación complejo por representar dolor e inestabilidad emocional para la persona.

“Es un paciente completamente dependiente que además de eso viene con su esfera mental completamente alterada por todas las cosas que lo llevaron a ese trauma y por el cambio de imagen, ya que cuando salga no va a hacer el mismo que entró, pues sale ya con unas señales en su cuerpo que son las que lo harán recordar que se quemó” E11LO.

“El paciente quemado siempre viene con trauma, porque fue que se le incendió la casa o le pasó una tragedia, porque siempre el paciente quemado ya es una tragedia” E11LO.

El paciente quemado prefiere permanecer quieto, pero la unidad de quemados tiene énfasis rehabilitador y no permite la quietud, por lo tanto, los pacientes se sienten inconformes con la ayuda brindada por el personal de salud hasta que logran comprender su situación.

“Al principio la terapia que ellos realizan es difícil asimilarla, porque son pacientes que llegan limitados por dolor, también por la parte psicosocial, bueno, muchas cosas con las que llegan a veces limitados y es difícil que lo acepten”. E4DC

En la unidad de quemados las estadías prolongadas permiten afianzar lazos de amistad entre pacientes al realizar diferentes actividades, lo cual contribuye a una mejor comprensión de su situación al sentir que no están solos.

“Los pacientes comparten tanto tiempo juntos que se van afianzando lazos de amistad, cuando interactúan los unos con los otros, se afianzaban esas relaciones” E1PA.

Los pacientes y familiares, especialmente los padres de los niños, experimentan sentimientos negativos y de culpa posterior al incidente, lo que torna aún más difícil el manejo de la unidad de pediatría que la de adultos, pero se les intenta brindar ánimo para que surja una motivación, se tornen positivos y adquieran compromiso con su autocuidado para volver a ser felices pese a las adversidades.

“Yo les hago mucho énfasis en lo del sentimiento de culpa porque los papás tienden a decir nooo es que fue mi culpa, si yo no hubiera hecho esto eso no hubiera pasado, o las mismas familias, los miembros de las familias le echan la culpa generalmente a las mamás, ah es que usted lo dejó, ah es que usted no lo cuidó, por su culpa, por su culpa, por su culpa. Yo a los papás les digo: tenga sentimiento de culpa, si usted cogió el agua y se la tiró de gusto, si usted le puso la mano al niño en la parrilla y lo quemó de gusto” E10LC.

“No es lo mismo que yo como enfermera que estoy bien, que estoy aliviada le hable a un paciente a que el compañero del lado lo anime y le diga “no mira yo estaba como vos hace quince días y mira ya como estoy de bien”. E3MF.

Cuando el paciente se recupera y se plantea el egreso hospitalario surge toda amalgama de dudas y preguntas para el cuidado en casa. Una vez logran sentirse productivos expresan sentimientos de agradecimiento hacia el personal de la unidad de quemados que lo cuidó y le dio una nueva oportunidad de vida.

“En el momento del alta: yo no sé qué hacer, me puedo bañar, me pica, me mojé, qué hago con la herida” E3MF.

“Ellos manifiestan ese agradecimiento hacia nosotras y nos valoran y ven como las personas que ayudaron a que su situación mejorara y salvaron su vida. Cada que vienen a las curaciones ambulatorias, nos dan las gracias” E1PA.

4.2.4 Personal o equipo de trabajo de la unidad de quemados: Esta subcategoría la componen los siguientes códigos:

- Equipo multidisciplinar y beneficios del manejo interdisciplinar
- Interconsulta a otras especialidades
- Trabajando en equipo
- Personal de enfermería
- Secretaria
- Servicios generales
- Servicio de alimentación
- Voluntariado

La unidad de quemados dispone de un equipo multidisciplinario y un manejo interdisciplinar conformado por personal de enfermería que abarca tanto auxiliares como enfermeras, cirujanos plásticos, fisiatras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales y otro tipo de personal que es crucial para la unidad como la secretaria, servicios generales, servicio de alimentación y voluntariado.

“El equipo multidisciplinar del paciente quemado está conformado por el cirujano plástico, el medico fisiatra o el médico rehabilitador, el fisioterapeuta, la enfermera jefe y la auxiliar de enfermería. Así, el paciente se beneficia de toda la parte de rehabilitación o del manejo interdisciplinar de la unidad de quemados”. E2LM

También se dispone de otras especialidades por interconsultas según la necesidad del paciente como psiquiatría, medicina interna, toxicología, infectología, clínica del dolor, oftalmología, ortopedia, etc.

“Aparte de las personas mencionadas anteriormente, pero que no están en las curaciones, pero que tienen un papel muy importante son la psicóloga, nutricionista y trabajadora social y en casos especiales está el oftalmólogo, psiquiatra, infectólogo, internista, pediatra según el caso”. E6ME

En la unidad es indispensable trabajar en equipo para lograr la recuperación de los pacientes.

“Las curaciones generalmente las hacemos con trabajo en equipo tanto la enfermera como las auxiliares. Aquí todas debemos saber lo mismo, unas puede que sean más habilidosas que otras, pero lo primordial es trabajar en equipo. Muchas veces una de las cosas que las auxiliares hacen uno también las puede hacer, entonces yo digo que todo va de la mano” E10LC.

Cada una de las disciplinas tiene una función específica, sin embargo, la enfermera es el eje central o articulador de la unidad quien gestiona tanto el cuidado como el servicio.

“La jefe es la encargada de que la unidad funcione, de que todo esté al día en cuanto a lo administrativo y lo asistencial de los pacientes” E16AMM.

El equipo de rehabilitación está conformado por la médica fisiatra quien se encarga de valorar el compromiso funcional y ordenar ortesis, elásticos y siliconas para minimizar complicaciones y garantizar una adecuada recuperación; y la fisioterapeuta quien se encarga de realizar la terapia física diaria con los pacientes.

“La médica fisiatra se encuentra en la sala valorando y haciendo notas de ingreso de los pacientes para definir si requieren prótesis y para ordenar los elásticos” O2.

“La unidad cuenta con una fisioterapeuta de lunes a viernes desde las 8:00 a.m. al medio día. Es la encargada (...) de realizar la terapia física a los pacientes dependiendo de la ubicación de sus quemaduras o dependiendo de la necesidad que el paciente tenga” E2LM.

Nutrición se encarga de valorar el requerimiento proteico calórico del paciente quemado quien consume 6 platos de comida durante el día.

“La jefe realiza la solicitud de dietas y a todos los pacientes les pide una dieta hipercalórica, hiperproteica que se compone de 6 comidas al día” O5.

Psicología y psiquiatría ayudan en la modulación del ánimo para evitar síndromes depresivos o postraumáticos.

“Algunos casos necesitan valoración por psiquiatría, los ve diariamente y les ordena medicamento para inducir al sueño porque muchos por el trauma y los recuerdos no duermen y están con pesadillas y los que están triste que están llorando les ordena antidepresivo” E11LO.

También está la terapia ocupacional, quien diseña las ortesis a medida del paciente; lo mismo sucede con trabajo social que ayuda a encontrar red de apoyo, analiza los riesgos y las condiciones biopsicosociales para el egreso del paciente y el voluntariado que contribuye al esparcimiento diario de los pacientes.

“En la tarde se observa la presencia de salud ocupacional en la unidad para tomar las medidas de los pacientes que tienen indicación de ortesis” O4.

“Es necesario reportar a trabajo social para que se encargue de determinar la situación familiar de los niños y si es necesario reportar a bienestar familiar” O4.

“Llega a la unidad el personal del voluntariado quienes colaboran, arreglan los insumos y el material en su respectivo lugar. Luego de terminar la terapia física, los pacientes quedan en un momento de esparcimiento al cuidado de las voluntarias para que puedan estar en el parquecito aledaño a la unidad” O3.

4.2.5. Cirujano plástico: Esta subcategoría la componen los siguientes códigos:

- Pasar ronda
- Valorar el paciente y definir el lugar de traslado
- Dar indicaciones
- Definir injerto de piel
- Decisión de los cuidados en conjunto
- Realizar mapa de superficie corporal total (SCT) quemada
- Entre la confianza y la desconfianza

El cirujano plástico es quien valora inicialmente al paciente quemado, realiza el mapa de superficie corporal total quemada para orientar sobre las lesiones al equipo multidisciplinar

y define su lugar de hospitalización (Ej. Unidad de cuidados intensivo (UCI), unidades de cuidados especiales (UCE), Unidad de quemados o Sala de hospitalización para paciente aislado). Posteriormente, le informa de esta situación al personal de enfermería de la unidad de quemados. También, realiza ronda diaria para valorar la evolución de las quemaduras, evidenciar zonas que no cicatrizan y definir la necesidad de realizar un injerto de piel.

“El cirujano plástico es el encargado de mirar la evolución del paciente y de definir el paso a seguir. Cumple un papel fundamental de mirar la evolución de la quemadura, si hay que injertar o no, si hay que hacer desbridamiento manual con dermatomo o si ya se puede dar de alta””. E2LM

Además, toma decisiones de los cuidados en conjunto con la enfermera, pero la relación cirujano - enfermera se encuentra entre la confianza y la desconfianza.

“El personal médico hace falta que confíe un poquito más en nosotros, por eso la enfermera debe mostrar mucha seguridad al médico, si uno no lo demuestra, el médico tampoco va a confiar en las decisiones que uno tome” E2LM.

“El cirujano le da a uno mucha confianza con la experiencia en el trabajo y el día a día, ellos dicen, coloquémosle esto y uno doctor ya colocamos eso, entonces ellos dicen, ustedes ya saben cómo es el manejo acá de los pacientes; y ellos realmente si lo ven y le brindan la confianza a uno, pero con la experiencia del día a día” E18ESB.

4.2.6. Funciones y/o actividades de la auxiliar de enfermería: Esta subcategoría la componen los siguientes códigos:

- Auxiliares, práctica y habilidad para que la unidad funcione
- Cuidado integral
- Rotando actividades
- Cuidando y preparando el mundo material
- El énfasis de las auxiliares es distinto

Las auxiliares de enfermería están a cargo de la realización de curaciones sin sedación, apoyar a la enfermera en las curaciones con sedación y realizar las curaciones de los pacientes hospitalizados en otras salas; asimismo, están a cargo del cuidado integral del paciente, es decir, proporcionarle bienestar, bañarlo y alimentarlo, arreglar las unidades, administrar medicamentos, registrar signos vitales y satisfacer las necesidades básicas de la persona. Todo el personal auxiliar está entrenado en ambas cosas y rota frecuentemente.

“Les ayudan con todas las necesidades que el paciente tiene como lo es el baño, la alimentación y todas las cosas que requieran. Las auxiliares como tal están encargadas de toda la parte de curaciones, satisfacer las necesidades básicas del paciente, la higiene y el confort del paciente””. E2LM

“Acá el personal auxiliar tiene mucha responsabilidad asignada al menos de los procedimientos por la cantidad de pacientes que se manejan porque son curaciones de pacientes hospitalizados, ambulatorios y de la unidad”. E5YH

Cuidan y preparan el mundo material de la unidad, es decir, alistan el material de curaciones, ubican los insumos por paciente, reparten la ropa de la unidad, limpian y organizan los equipos y la sala de curaciones.

“Las auxiliares se encargan de preparar la sala de curaciones, organizar el material, la ropa, los monitores, las sedaciones, los medicamentos y todo. Hay una auxiliar que es la encargada de preparar el material, sacar las compresas, los sueros, la sulfadiazina de plata o el tópico que se vaya a utilizar” E1PA.

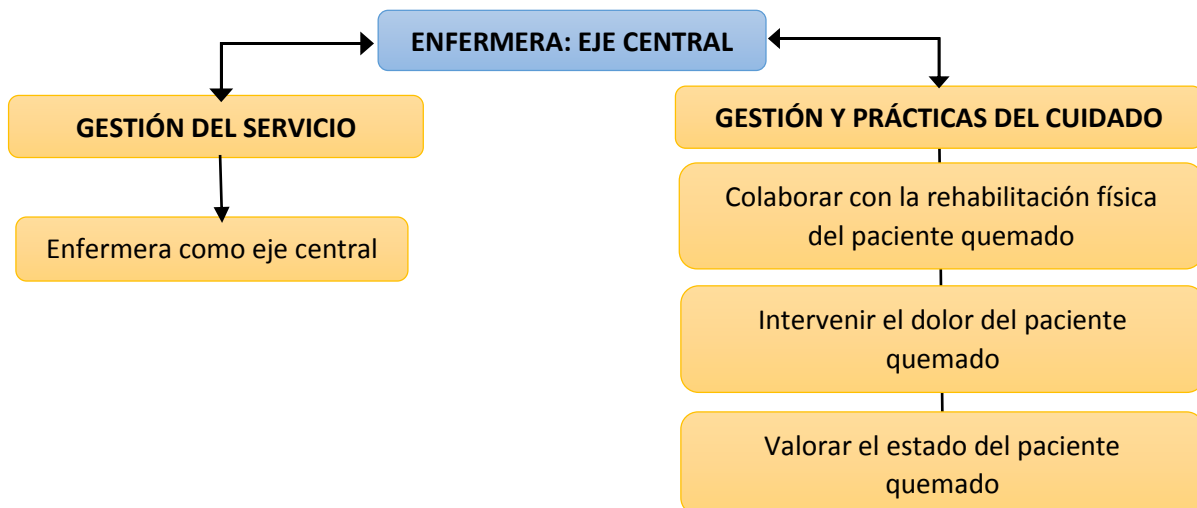
Además, por sus años de experiencia y entrenamiento, tienen toda la habilidad y práctica para que la unidad funcione, aunque su énfasis es diferente en contraste con la enfermera, ya que su tiempo de estudio y capacidad de análisis es inferior por ser más empírico que teórico.

“A ellas les falta, ¡su énfasis! es distinto, el tiempo de estudio es menor” E1PA.

“En el análisis de las cosas, las auxiliares son más superficiales en muchas cosas, por ejemplo, una hemoglobina, ahí sí, ellas saben qué es, pero no están pendientes del resultado y sus implicaciones” E8TJ.

4.3 Enfermera, eje central

Es la segunda categoría emergente que surge de los resultados. Está compuesta por 10 subcategorías: la enfermera es el eje central y articulador de las demás disciplinas que intervienen en la unidad de quemados considerándose el “ser” fundamental para hacer que la unidad funcione en pro de una adecuada y pronta recuperación del paciente quemado. Se encarga tanto de la gestión del servicio como del cuidado, al intervenir y cumplir un rol esencial en la rehabilitación física, manejo del dolor, valoración continua del estado y proceso de cicatrización de la quemadura, realizar la curación, establecer objetivos y controlar o participar en las visitas de los pacientes.



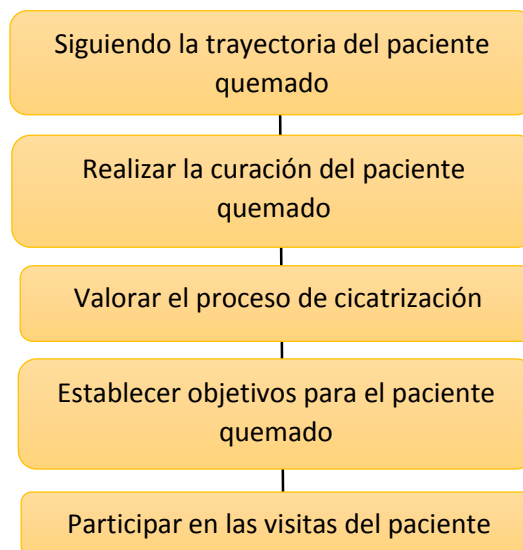


Ilustración 4: Enfermera, eje central. Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, febrero 2018.

4.3.1 Enfermera como eje central: Esta subcategoría la componen los siguientes códigos.

- Enfermera ser fundamental y eje central de la unidad
- Liderazgo
- Enfermería: gestión + conocimiento
- Ver al paciente integral, minuciosa y detalladamente
- Enfermera, mayor contacto con el paciente
- Enfoque multidimensional
- Cuidado profesional
- Tener iniciativa es cuidado de enfermería
- Compartir funciones con la auxiliar de enfermería
- Hacer las cosas bien
- Ser competentes

El profesional de enfermería es la persona que vela día y noche para que la unidad funcione, es quien articula cada proceso de la unidad en pro del bienestar del paciente, está a la vanguardia de lo que sucede en el servicio, se entera de todo y coordina tanto lo administrativo como asistencial. El liderazgo de la enfermera en el servicio es crucial, la capacidad de toma de decisiones con base a la experiencia y conocimiento es fundamental.

“La enfermera es como la coordinadora de todo el proceso que conlleva esta sala, porque acá se mueven muchas cosas, no solo es hospitalización. Ella está en función de que el servicio funcione” E14YA.

“Lo que debe tener cada enfermera básicamente, capacidad de toma de decisión, liderazgo, todo eso lo debe tener uno independientemente de donde trabaje” E8TJ.

La interacción entre enfermera - paciente - y/o equipo multidisciplinario facilita la consecución de los objetivos dentro de la unidad, por la comunicación asertiva entre unos y otros. En este sentido, para el especialista es necesario conversar con la enfermera acerca del estado o evolución del paciente, porque es quien está en mayor contacto con él y conoce su situación real. Para los pacientes y familiares también es necesario conversar con ella por ser quien lidera el servicio, da los permisos, satisface necesidades, educa e informa acerca de aquellos. El papel de la enfermera es fundamental, por ser quien integra y facilita el manejo interdisciplinario.

“El papel de enfermería es fundamental para que el paciente esté enterado de su enfermedad, para que colabore, para que se mueva. Ese papel pues de quemados en enfermería es fundamental, está a la par de nosotros los especialistas” E13AMS.

“Los ojos y las manos de nosotros (especialistas) casi que terminan siendo enfermería porque no podemos estar todo el tiempo con los pacientes por el volumen de pacientes que se maneja” E13AMS.

“Siempre tiene que estar uno empoderado de su papel y del servicio, de las curaciones, de la rehabilitación, de ser ese eje central que interactúa con los médicos, las auxiliares, las terapeutas, el equipo administrativo, la consecución de insumos y la secretaria; uno siempre está ahí en la mitad, como en una relación con el resto del equipo de trabajo, es fundamental el papel de la enfermera” E1PA.

Enfermería es quien dedica mayor tiempo al paciente, lo valora e interactúa, ve detalladamente para conocerlo en profundidad y prestarle un cuidado integral. En este contexto, no solo se enfoca en el manejo de la quemadura, sino que contempla todas las esferas biopsicosociales de la persona, debe ir más allá de lo netamente visible porque es un paciente que se caracteriza por tener múltiples problemáticas que requieren ser intervenidas. Sus estadías prolongadas permiten establecer relación y conocer al paciente, e identificar factores de riesgo.

“Nosotras como personal de enfermería somos las que estamos pendientes las 24 horas del día del paciente y somos quienes determinamos las necesidades” E2LM.

“Nosotras como enfermeras nos enfocamos más en ver al paciente integralmente. Debemos ser muy minuciosas y mirar al paciente como un ser integral y no solo como un paciente quemado, hay que verlo desde todas sus esferas. No solo nos vamos a enfocar en el manejo de la quemadura” E2LM.

Cuando la enfermera no tiene conocimiento de la unidad y/o del manejo del paciente quemado, se refleja en el retraso o desarticulación de los procesos. Es así como la falta de conocimiento repercute en el deterioro clínico e inadecuado tratamiento del paciente lo que puede desencadenar complicaciones o retrasar el proceso de recuperación de la persona.

“Si la enfermera jefe no se apersona de los pacientes también se empieza a notar, se empieza a ver como un retraso en la atención. La enfermera es quien debe guiar la reanimación inicial y reconocer si el paciente está o no presentando signos de deterioro” E13AMS.

Tener iniciativa es cuidado de enfermería; la enfermera ve más allá de lo que logra ver el resto del equipo de trabajo, identifica situaciones que requieren ser atendidas. El cuidado es profesional cuando se brinda con calidad y no se realiza lo estrictamente necesario, es ir un paso delante de lo que el paciente requiere, es hacer las cosas sin ser solicitadas por éste.

“Un paciente que se le derramó algo en la cara es posible que tenga quemadura en la cabeza, pero al paciente no lo rasuran, entonces yo rasuro al paciente porque nadie toma la iniciativa de rasurarlo, entonces yo les digo: esto es cuidado de enfermería. Es cuidado de enfermería porque el médico tampoco lo va a rasurar” E4DC.

“Yo nunca me conformaba con lo que estrictamente me tocaba, tengo que brindar cuidado y cuidado es estar pendiente de todo, de todo, de todo, esa parte le hace falta de pronto a las enfermeras, o sea que tu veas más allá de lo que tus ojos ven. El cuidado de enfermería es identificar las necesidades del paciente y de la familia” E4DC.

La enfermera de la unidad de quemados se distingue por conocer de heridas y saber de curaciones, además de tener un enfoque multidimensional y detectar que el paciente requiere intervenciones adicionales, no obstante, la enfermera comparte múltiples funciones con la auxiliar de enfermería, como definir el tipo de manejo y la realización de curaciones por sus años de experiencia y cancha dentro de la unidad.

“La enfermera en la unidad debe saber de heridas, reconocer tejidos porque si no quedaría como una jefe común y corriente; tú administras, registras medicamentos, revisas historias clínicas y nada más” E18ESB

“La enfermera detecta factores de riesgo psicosocial y también son ustedes las que detectan que el paciente necesite intervenciones adicionales” E13AMS.

“En cuanto a las curaciones se compartían funciones con la auxiliar de enfermería, es más, en muchas ocasiones yo sentía que ellas tenían más conocimiento, más experiencia, más cancha en el manejo del paciente quemado que nosotras las mismas enfermeras” E7LB.

La enfermera tiene más introyectada la necesidad de realizar las cosas bien, por eso su compromiso se refleja en la calidad de sus intervenciones, ya que obtiene mejores resultados en poco tiempo.

“Un acto que reluce de enfermería dentro del equipo de trabajo es el manejo que uno le da a las curaciones, yo creo que el doctor a veces se queda aterrado porque él me entrega el paciente así y él se queda aterrado como se lo entrego yo cuando le va a injertar” E4DC.

Para los participantes, ser competente es sentirse seguro de las acciones a implementar con el paciente quemado, no recurrir a la compañera o cirujano plástico para solicitar un concepto o aclarar una duda, es sentirse empoderado y con el conocimiento suficiente para tomar decisiones sin miedo a equivocarse. Refieren que dicha competencia se adquiere en un tiempo promedio de 2 meses a 2 años.

“El momento en que me sentí ya como competente, que había adquirido ya todas las herramientas, que me sentía bien con el manejo de la unidad, más o menos fue a los seis a siete meses de estar aquí” E7LB.

“Puedo decir que más o menos a los cuatro o cinco meses ya me sentía bien haciendo lo que hago, haciendo los vendajes, las máscaras, las manos, ya teniendo como esa propiedad de hablar con el médico, de decir, doctor yo creo que esto se puede hacer, yo creo que el paciente se puede manejar así, en ese tiempo ya sentí como más confianza en el tema” E10LC.

4.3.2 Enfermera, gestión del cuidado y del servicio: esta subcategoría está compuesta por los siguientes códigos.

- Entrega y recibo de turno
- Ronda de seguridad
- Informando y educando al paciente y su familia
- Educar sobre el cuidado
- Revisar medicamentos
- Ingreso y egreso de pacientes
- Conocer los pacientes nuevos
- Realizar planes de cuidado y valoraciones de enfermería
- Procedimientos invasivos
- Dirigir las curaciones del turno
- Preservar la técnica estéril
- Realizar notas en la historia clínica
- Distribución del personal
- Asignar funciones
- Asignar actividades
- Funciones administrativas
- Revisar las novedades del turno anterior
- Realizar lo que vaya surgiendo y las cosas pendientes del día
- Organizar todo para el día siguiente
- Verificación de actividades

Las prácticas de la enfermera se relacionan con la gestión del cuidado y del servicio durante el turno en la unidad de quemados. La gestión del cuidado comienza con la entrega y recibo de turno del personal de enfermería, se realiza paciente por paciente, se cuenta como pasó la noche, los signos vitales, si durmió bien, si refirió dolor, si toleró la vía oral, si se le administró la medicación completamente o si hubo algún evento especial con algún paciente. Simultáneamente se realiza una ronda de seguridad y se revisa que el paciente tenga la manilla de identificación con sus datos correctos, si tiene riesgos o alertas en su manilla, se revisan los rótulos, que los equipos no estén vencidos, que las venas del paciente no tenga flebitis ni extravasaciones, se revisa la piel en el caso que los vendajes lo permitan y se informa al paciente si tiene curación con o sin sedación o si va para cirugía, se indica la hora y la necesidad de quedar en ayunas. También, se aprovecha para reforzar aspectos de autocuidado en el paciente que lo requiere y se retroalimenta al personal auxiliar durante esta misma entrega de aspectos puntuales relacionados con el cuidado como técnica estéril y conservación de los aislamientos hospitalarios.

“La entrega de turno se hace por parte de las dos auxiliares de enfermería que estuvieron en la noche a la enfermera jefe que llega en el día y a las 3 compañeras que van a recibir los pacientes. Se hace una entrega de turno individualizada, se pasa por cada cubículo del paciente, se va entregando como pasó la noche el paciente, los procedimientos que tenga pendientes, se lee el kardex y lo demás” E1PA.

“En la entrega de turno aprovechaba para dar educación informal y hacer énfasis en aspectos puntuales sobre el cuidado de algunos pacientes” E6ME.

“No solo es educación para el paciente sino también para las auxiliares, son muy nuevas a veces o no conocen las funciones, entonces la educación va dirigida hacia los cuidados, técnicas estériles, todo el manejo de la parte de curación y del aislamiento” E11LO.

Posteriormente, la enfermera comienza con los procedimientos invasivos, es decir, inserción de dispositivos, curación de accesos centrales o toma de muestras de laboratorio, realiza procedimientos con estricta técnica estéril como toma de cualquier tipo de cultivo, la realización de las curaciones. Pese a que no puede realizar la curación a todos sus pacientes, si es quien dirige la totalidad de las curaciones de su turno y establece la prioridad y el orden de las mismas, indica a las auxiliares de enfermería el tópico a utilizar y orienta el proceso de curación con el fin de ser lo menos traumático posible para el paciente, verifica la evolución de la quemadura y ayuda a preservar y conservar la técnica estéril de todo el personal de curaciones.

“La enfermera jefa en nuestra sala se encarga de los procedimientos especiales como pasar sondas, hacer las curaciones del paciente y de los catéteres centrales, tomar cultivos y tomar exámenes de laboratorios como gases arteriales, etc.” E17CCH.

“Las curaciones las debe dirigir la enfermera y es quien prioriza el paciente a seguir para realizarle la curación” E6ME.

La enfermera es quien toma decisiones relevantes con el proceso de curación de cada paciente, define la frecuencia y si requiere o no sedación, cuáles son los cuidados específicos de la herida y qué apósitos o tópicos se deben utilizar, además, informa al cirujano plástico si requiere intervención quirúrgica, ya sea para realizar un desbridamiento o injerto de piel.

“Todo ese proceso es de enfermería: estar coordinando las curaciones, de mirar la frecuencia y definir cómo se va a realizar la misma. La enfermera es la que toma decisiones sobre el cuidado fundamental de la herida, los apósitos que se van a utilizar y la frecuencia de las curaciones. Toda la toma de decisiones de con qué se cura el paciente, qué tipo de curación se le hace, si se considera que es mejor llevarlo a un quirófano es de la enfermera jefe” E13AMS.

El personal de enfermería debe registrar en la historia clínica electrónica los procedimientos realizados mediante una nota donde se especifica el estado de la quemadura, proceso de curación e insumos utilizados.

“Realizaba las notas en la historia clínica de los pacientes más críticos y de los que tenían áreas más extensas quemadas” E6ME.

Además de lo anterior, revisa y en algunos casos administra medicamentos, está pendiente del stock de medicamentos de control que son los medicamentos para la sedación durante la curación, verifica que el paciente tenga todos los medicamentos del protocolo ordenados, que no estén vencidos o próximos a vencerse para así indicarle al especialista que los ordene, que

la analgesia esté ordenada a necesidad, se organiza el horario en que las auxiliares deben administrarlos y se verifica la dosis y vía ordenada para garantizar su correcta administración.

“Se mira la parte de los medicamentos que están vencidos o próximos a vencerse o alguna necesidad de los pacientes para informarle al médico” E9NG.

“La jefe revisa los medicamentos de control (midazolam, fentanyl, ketamina), es decir, se cerciora que estén completos, estos medicamentos se encuentran bajo llave” O6.

Durante el turno, la enfermera se dispone a conocer los pacientes nuevos para realizar el ingreso, entabla conversaciones y conoce la quemadura para establecer un plan de cuidados de enfermería en la historia clínica electrónica que las auxiliares deben ejecutar. En este plan se hacen diagnósticos donde se dispone de órdenes puntuales y relacionados con los patrones alterados del paciente. Además, se debe realizar una valoración de enfermería diaria de todos los pacientes hospitalizados para ir reenfocando el plan de enfermería y reconociendo las necesidades que tenga el paciente, como nivel de dolor, alteración de la movilidad física, integridad de la piel, riesgo de infección, función cardiorrespiratoria, patrón genitourinario, etc. lo cual se apoya de unas escalas estandarizadas para identificar riesgos de úlceras por presión, caídas y la valoración del dolor.

“se realiza un plan de enfermería donde se estima, el dolor, la integridad de la piel, la movilidad física, los riesgos de infecciones que tienen los pacientes y otros, si el paciente es hipertenso, asmático, diabético, entonces hay que valorar la parte cardiorrespiratoria, si el paciente tiene una sonda vesical hay que evaluarle la parte genitourinaria, y así dependiendo de las necesidades y diagnóstico de los pacientes” E9NG.

También, la enfermera se encarga del egreso de los pacientes. Al principio se pacta una fecha probable de alta que se actualiza con base en su evolución. Una vez se verifica que la quemadura está en proceso de epitelización se informa al cirujano plástico quien se encarga de definir el alta y realiza las órdenes. Cuando llega el familiar, la enfermera jefe brinda la educación del proceso o trámites a seguir para continuar con citas de control y curaciones ambulatorias si las requiere, se le entrega una guía del alta del paciente quemado, se explica orden por orden y se entrega un formato de cuidados en el hogar.

“Nosotras tenemos que estar pendiente de que la fecha probable del alta este actualizada” E2LM.

“En el resto del día hacemos las altas, los egresos médicos, el médico nos dice que paciente se va, o uno mismo le dice: doctor vea este paciente como va de bien, entonces él hace el alta, organiza todos los papeles” E8TJ.

Enfermería cumple un papel crucial en la educación e información brindada al paciente y su familia desde el ingreso a la unidad, durante su hospitalización y al momento del egreso. Al ingreso se ubica el paciente, se informa cuál es el manejo, qué especialidades lo van a tratar y cuáles son las normas generales de la unidad. Durante la hospitalización, en la curación sin sedación, al paciente se le explica cuál es el estado de su quemadura. A su vez, durante la hospitalización la familia participa en un grupo educativo que le brinda información acerca de lo que significa estar hospitalizado en una unidad de quemados, cuál es su manejo y el

porqué del tratamiento. Al momento del egreso, se dan las instrucciones de las curaciones ambulatorias y las citas de control y, especialmente, se refuerza y educa acerca del autocuidado. La enfermera siempre es la que brinda la información en la unidad de quemados. A diferencia de los niños, el grupo educativo en adultos se realiza solo con los familiares, mientras que en la unidad pediátrica deben estar presentes los niños y ambos padres en la medida de lo posible; se explica cada aspecto minuciosamente e interviene enfermera, fisioterapeuta y trabajadora social.

“Es muy importante la educación que nosotros le damos al paciente y la familia, cuando ingresan a la unidad, en la hospitalización, en el grupo educativo y mucho, mucho cuando les damos el alta. Nosotras somos las indicadas y las que mejor podemos darles educación a ellos en todo momento desde que ingresan hasta que se van” E3MF.

“Se indica cómo es el manejo de la unidad y algunas normas que ellos deben conocer. El paciente cuando está en el procedimiento tratamos de siempre explicarle, si está despierto, como va su quemadura, cuáles son las áreas profundas y cuáles son las superficiales, que ellos aprendan a diferenciar y entiendan su proceso, que ha sanado o que va a requerir de pronto cirugía” E5YH.

“Tenemos también el grupo educativo que se brinda a las familias porque (...) son llenas de expectativas, con muchos temores acerca de lo que está pasando con su paciente, entonces todos los jueves a las doce brindamos grupo educativo a las familias, donde les enseñamos todo acerca de una quemadura, desde los grados de quemadura, las extensiones, los factores de riesgo, cómo es una cirugía, cómo se hace la curación, a quiénes sedamos, a quiénes no, como es la parte de la rehabilitación, qué grupo multidisciplinario interviene en la unidad y resolvemos muchas dudas e inquietudes en ese grupo educativo” E5YH.

“El equipo de trabajo, como le explica uno a los papás de los niños, es un equipo multidisciplinario, entonces está el cirujano plástico que es el médico tratante, está el equipo de fisiatría que sería en cabeza de la fisiatra, está la fisioterapeuta que viene todos los días en la mañana a hacerles la terapia a los niños, está la terapeuta ocupacional, están las auxiliares de enfermería que son las personas que más tiempo pasan con los niños, estamos las enfermeras profesionales, hay veces viene pues otros apoyos, cierto, viene psicología si es un niño que tiene como que no se adapta a la hospitalización, o quemaditos en áreas especiales como la cara, viene la trabajadora social que los ve a todos y también la terapeuta de familia”. E8TJ.

La gestión del servicio comienza con la distribución del personal mediante la asignación de funciones y actividades a las auxiliares de enfermería. Las funciones hacen referencia a la asignación de pacientes y curaciones, para proporcionarles bienestar y satisfacer todas sus necesidades, para realizar o asistir las curaciones con sedación, sin sedación, ambulatorias, de otras salas y los cambios de vendajes. Las actividades se dividen para el número de auxiliares por turno, correspondientes a la limpieza del carro de paro, cambio de guardianes, calibración del dextrometer, arreglo y repartición de ropa, inventario y arreglo del material, administración de sedación, registro de medicamentos de control y la temperatura de la nevera del servicio, etc.

“Se empieza con la asignación de las auxiliares dependiendo de la cantidad de pacientes y de las curaciones que se tienen que hacer en la sala. La auxiliar, dependiendo de su asignación, si son de curaciones deben realizar las curaciones y si son de paciente se encargan de las necesidades del paciente” E9NG.

“Se asignan además algunas actividades del servicio cómo limpieza de carros, de computadores, la responsabilidad de contar el material, los insumos de la unidad, la responsabilidad de sedaciones que sería la que administra la sedación en el momento de la curación, la que verifica que todas las notas estén hechas y otra asignación es la de organizar como lo del cuarto de curación y los insumos, que estén todos los insumos para las curaciones, repartir la ropa a los pacientes” E5YH.

La enfermera realiza múltiples funciones administrativas durante la tarde, entre ellas, verificar el cumplimiento de las actividades y funciones asignadas al personal auxiliar de enfermería: previo al recibo de turno, también verifica que todo el personal auxiliar esté debidamente uniformado, es decir, con pijama quirúrgica, gorro, tapabocas, gafas y cinturón de bioseguridad, carné visible y zapatos blancos de uso único para la unidad. Además, realiza la ronda de historias clínicas una vez los médicos finalizan la evolución de todos los pacientes para actualizar kardex y verificar pendientes.

“La enfermera jefe hace la parte administrativa del servicio y cualquier necesidad del paciente y su familia. Las funciones administrativas de la enfermera serían por ejemplo la asignación de las auxiliares al inicio de la mañana, revisar los planes de enfermería, las escalas del dolor, hacer los planes de enfermería que hacemos acá en la unidad dependiendo de las necesidades y diagnósticos del paciente. Luego cuadramos las historias clínicas tanto la del sistema como la manual o física. Otras funciones administrativas pueden ser como la parte de los indicadores, revisar el carro de paro, revisar la temperatura de las diferentes neveras, revisar los insumos, también revisamos el botiquín de transporte de emergencia que tenemos aquí en la sala, miramos el cumplimiento de las diferentes asignaciones como la limpieza de las bombas, los carros, de todos los insumos y equipos del servicio y ya eso es lo que uno termina haciendo” E9NG.

“Verifican que nosotras (auxiliares) estemos llevando pues bien a cabo las asignaciones o lo que a uno le corresponde” E15GG.

Durante el turno, la enfermera revisa las novedades del turno anterior, los pendientes y lo que vaya surgiendo durante el día, como solicitar arreglo de infraestructura, verificar indicadores, implementar planes de mejora, solicitar a la especialidad que realice las cosas faltantes como NO POS, el mapa de SCT o firmar alguna nota de un residente, realiza la ronda de historias clínicas y gestiona las nuevas órdenes médicas como imágenes diagnósticas, interconsultas o exámenes de laboratorios. Durante el día se presentan múltiples situaciones o problemas que la enfermera debe intervenir; por lo tanto, es su deber buscar la solución más ágil y segura. En ocasiones debe efectuar traslado interno de paciente para cubrir las necesidades del servicio, como disponibilidad de camas para pacientes que están pendientes por ingresar a la unidad.

“Estar pendientes de los indicadores de servicio, hay que estar haciendo los planes de mejora de acuerdo a (sic.) lo que vemos que está regular, tenemos que estar pendientes de las infecciones, pendientes de la reacción de los pacientes, preguntarles cómo van, cómo les han parecido las cosas, estar pendiente de la infraestructura física, si algo se dañó también estar pendiente que lo arreglen, pendientes de que todo se haga bien, eso no lo puede hacer nadie más” E3MF.

“Miramos las cosas pendientes pues que se tienen que gestionar, ya sea valoración por algún médico, alguna ayuda diagnóstica” E10LC.

Luego, la enfermera debe realizar y dejar listo todo lo del día siguiente, es decir, la lista de solicitud de dietas, la lista de los pacientes para curación, actualizar la hoja de entrega de enfermería donde se constata los pendientes, los pacientes que van para cirugía, hora y consentimiento, actualizar los kardex con fecha de próxima curación y si es con o sin sedación, actualizar los planes de cuidado que están vencidos y se diligencian los formatos que son su responsabilidad.

“En la tarde lo que hacemos es revisar historias, organizar las próximas fechas de las curaciones de cada paciente y también organizar la lista de curaciones del otro día” E5YH.

“Cuando los pacientes tienen indicación de cirugía, la jefe verifica si están en la programación del siguiente día y así comienza a gestionar todo para la cirugía (consentimientos, profilaxis antibiótica, les explica a los padres y confirma hora)” O4.

“Se hace las asignaciones del día siguiente y también hacemos la lista de dieta de los pacientes entre otras cosas” E4DC.

“Llama a oftalmología para programar el paciente de la ecografía ocular para el día siguiente por lo que lo apunta en el kardex y en la hoja de entrega. La jefe le solicita a la secretaria que le tenga una espuma gris para el día de mañana cambiarle el sistema de presión negativa a unos de los pacientes de la unidad” O3.

En algunas unidades no hay enfermera las 24 horas del día, por consiguiente, no se realiza una entrega de turno formal durante la noche, por eso se debe dejar todo por escrito y por celular se comenta lo importante, ya que las enfermeras están asignadas a otros servicios y son apoyo para las unidades de quemados.

“En la noche ellas se mantienen es en urgencias, ellas no tienen turno aquí exactamente, ellas vienen comen y vuelven y suben a urgencias ya si uno la necesita para unos gases, pasar una sonda vesical deben de bajar pero de resto ellas no permanecen acá, ellas permanecen es en poli hay unas que ni bajan a comer ni al baño todo lo hacen allá” E15GG.

4.3.3 Colaborar con la rehabilitación física en el paciente quemado: esta subcategoría la conforman los siguientes códigos.

- Realizando la terapia
- Rehabilitación física temprana
- Apoyo de la fisioterapeuta
- Presoterapia y cuidado de la piel
- En salas de hospitalización sin acceso a la terapia física

La unidad de quemados tiene un enfoque rehabilitador, por lo tanto, los pacientes realizan terapia física todos los días, acompañados de una fisioterapeuta que orienta y asiste los ejercicios según las necesidades de la persona. Además, ellos disponen de una rutina que deben realizar en la mañana de manera independiente. Posterior al baño y su desayuno pasan a la sala de terapia y allí se les asigna una serie de ejercicios.

“La unidad tiene un enfoque muy rehabilitador, aparte de curar también se rehabilita. Ver los pacientes, el que llegó hoy que está en la cama porque no se puede mover y en cuatro días ya está caminando por toda la unidad y ya está yendo a comer solo, es la rehabilitación de los pacientes” E3MF.

“La unidad cuenta con una fisioterapeuta de lunes a viernes desde las 8 al medio día. Es la encargada de realizar la terapia física a los pacientes dependiendo de la ubicación de sus quemaduras o dependiendo de la necesidad que el paciente tenga” E2LM.

Es importante iniciar la rehabilitación tempranamente para evitar que el paciente se contracture o pierda su funcionalidad. A la unidad de quemados asiste la médica fisiatra para valorar los riesgos del paciente y el requerimiento de aditamentos como las ortesis para evitar la aparición de bridas, contracturas o pies caídos. Asimismo, es quien ordena la presoterapia de los pacientes, es decir, los elásticos y las siliconas, pero la fisioterapeuta es quien ejecuta las órdenes de la fisiatra y trabaja con los pacientes. Cuando la fisioterapeuta no se encuentra, la enfermera asume ese rol y continúa con dicha función.

“En el paciente quemado una de las cosas más importantes es la rehabilitación temprana. Si nosotros no fomentamos que el paciente empiece hacer eso desde la fase temprana o fase aguda ya en la fase final va a hacer mucho más difícil que el paciente lo logre y va a terminar contracturado con pérdida de su funcionalidad” E1PA.

“Si vemos que un paciente está contracturado o cicatrizando que loide hablamos con la fisiatra para que le mande una férula y elásticos y para que enfatice más en la terapia física de ese paciente” E2LM.

La fisioterapeuta se presenta durante la curación con sedación para realizar ejercicios pasivos de la extremidad o área afectada y evitar complicaciones en el paciente. El paciente que tiene o sale de curación con sedación no se le realiza terapia ese día, ya que estos pacientes al estar más comprometidos implican mayor esfuerzo en la realización de la terapia.

“Durante las curaciones también está presente la fisioterapeuta para hacer terapia mientras están sedados. La terapeuta le extiende el cuello y le hace rotación completa del cuello hacia el lado contrario de la quemadura. La fisioterapeuta le hace terapia, es decir, le realiza ejercicios pasivos” O5.

“En el transcurso de la mañana, la fisioterapeuta les asigna a los pacientes sus ejercicios pasivos y activos; los activos los que puede realizar por sí solo el paciente y los pasivos los que son realizados por la fisioterapeuta, excluyendo a los que se les realizó curación con sedación” ODME.

Durante las sesiones de terapia física, la fisioterapeuta se encarga de educar a los pacientes y familiares acerca de la necesidad de realizar constantemente la terapia para lo cual les muestra fotos de cómo puede llegar a quedar una persona que no colabora y no utiliza los elásticos y siliconas que son prendas compresivas para evitar crecer y formar queloides (masa de piel que puede crecer de 5 a 10 cm), que vienen diseñados para la parte del cuerpo quemada y que se debe usar todo el día todos los días. Solo se quita para el baño. El uso del elástico no genera ninguna discapacidad, se usa por dos años, aunque depende de la evolución de la piel, se puede retirar cuando la piel esté clara, blanquizca o parecida al color de piel de la persona.

“Tenemos un portafolio con fotos de niños que se han quedado contracturados, entonces en el grupo educativo mostramos esas fotos y cuando uno ve que al papá le da pesar mover el niño, uno vuelve y le muestra, vea papá da más pesar que el niño quede así, que no pueda mover la manito, que necesite una cirugía plástica para poderse movilizar” E8TJ.

“El proceso de rehabilitación también es muy importante, entonces no solo la parte estética necesitamos que quede bien, sino que quede funcional entonces aquí en esta sala lo que es la educación y la rehabilitación van de la mano” E9NG.

“Los elásticos son prendas que generan presión en la piel cuya función es mantener apretado para evitar que la piel se vaya a engrosar y la deja más planita. Después del alta hay que traer a los niños a una cita de colocación de elásticos con los cuidadores inmediatos. Los elásticos se utilizan de día y de noche, se entregan dos juegos durante la hospitalización” O5.

Desafortunadamente los pacientes que están hospitalizados por fuera de la unidad no tienen acceso a la terapia física diaria ya que la fisioterapeuta va allá por interconsultas, entonces a sus familiares se les explica que ellos son quienes deben movilizarlos. En ocasiones llegan a la unidad en una fase tardía de recuperación por lo que se comienza un proceso más intensivo en su rehabilitación.

“El paciente en las salas de hospitalización no tienen el mismo acceso a la terapia física” E1PA.

“Hay una fisioterapeuta por interconsultas que es la que va a las salas de hospitalización y se encarga de movilizar el paciente” E2LM.

“Los pacientes que están por fuera de la unidad es importante que la familia los movilice” O3.

4.3.4 Intervenir el dolor del paciente quemado: esta subcategoría está conformada por los siguientes códigos.

- Conviviendo con el dolor
- Valorar el dolor
- Estrategias para aliviar el dolor

La persona quemada es un paciente que siempre va a referir dolor ya que la piel alberga todas las terminaciones nerviosas por lo que es difícil controlarlo. Además, no es solo ese dolor físico sino ese sufrimiento o padecimiento por lo sucedido. El dolor se considera el quinto signo vital y por ende hay que estar pendiente para aliviarlo. Es difícil fingirlo y las personas lo experimentan con diferente intensidad, que podemos corroborar valorando el resto de los signos vitales ya que el paciente se torna taquicárdico y diaforético. Para los pacientes es duro cuando llegan a la unidad porque en un principio consideran que el personal de salud inflige dolor, pero al cabo de unos días comprenden su situación y cambian la percepción, por lo que a toda hora quiere permanecer quieto y se vuelve muy dependiente del personal de enfermería ya que cualquier movimiento le duele. Algunas personas afirman que el único dolor fácil de soportar es el dolor ajeno, por ello es indispensable volvernos guardianes del dolor y combatirlo completa y constantemente. A medida que el paciente se recupera, el dolor va disminuyendo de intensidad y aumenta la tolerancia a la ejecución de las actividades de la vida diaria.

“La persona quemada es un paciente que todo el tiempo va a presentar dolor. Puede que mejore con la analgesia, pero todo el tiempo va a manifestar dolor. No solamente es el dolor físico, uno va y le pone morfina y aunque uno le pone medicamentos el dolor no cesa, es ese otro dolor, ese sufrimiento o padecimiento” EIPA.

“Se ha considerado el dolor como un quinto signo vital, es muy válido porque nada indisponer más a alguien que el dolor y como dicen por ahí el único dolor fácil de soportar es el ajeno. Uno sabe cómo les está doliendo, empezando porque uno sabe que eso es doloroso. Uno valora el dolor de otras maneras con otros signos vitales, frecuencia cardiaca, mirar si el paciente suda, uno sabe que realmente le está doliendo” E3MF.

Durante la hospitalización educamos al paciente acerca de la necesidad de contar si presenta dolor para asistir con analgesia. En la unidad de quemados no se considera como opción el placebo, la analgesia se escalona según la intensidad y se administra a necesidad. Se realiza una valoración del dolor mediante la escala análoga cada 2 horas, para evaluar la eficacia de la analgesia y la necesidad de administrarse, se manejan con frecuencia los opioides tanto intravenosos como intramusculares y AINES como rescate, pero en ocasiones es insuficiente la analgesia que se está suministrando, entonces se precisa la interconsulta a clínica del dolor para que los soporte mediante infusiones. El paciente quemado por exudado desecha gran parte del medicamento por eso no produce el mismo efecto que en una persona sin lesión en su piel.

“Aquí se maneja para el dolor, la escala del dolor de cero a diez, para ver cómo se ve reflejado el dolor del paciente porque él te puede decir que tiene un 10 pero está tranquilo, y tú realmente te preguntas si tiene 10, aunque de todas maneras se pone un rescate, pero no se le pone completo se le coloca la mitad del rescate. La escala se realiza cada hora e igual

que los signos vitales, prácticamente nosotros la manejamos como si fuera un signo vital, en intermedios de cada dos horas” E18ESB.

“Intentamos siempre mantenerle controlado el dolor, siempre se pone lo necesario. Yo siempre he pensado que el dolor se debe siempre controlar. Es difícil que ellos (pacientes) entiendan que no es que nosotros les queramos infligir dolor, sino que es para que estén mejor. Es muy difícil fingir dolor, yo personalmente no estoy de acuerdo con el placebo, que “ay es que le gusta o quiere la morfina, pongámosle solución salina”” E3MF.

“Acá la analgesia se maneja mucho intramuscular a necesidad y ellos mismos son los que ya educamos para que cada que tengan dolor nos avisen, pero también preguntándoles porque no falta el paciente que le da pena decir que tiene dolor. Garantizamos siempre que todo paciente tenga ordenado analgesia a necesidad, que todos tengan su dosis y ya el paciente es el que decide si se le administra o no de acuerdo con lo que requiera” E5YH.

“Uno le colocaba al paciente cuatro de morfina y otra vez cuatro, pero dios mío yo decía por qué tanta morfina si uno al paciente normal le pone 4 de morfina y duerme hasta el otro día. Yo entendí primero que todo el dolor es tan duro y tan fuerte que hace que la morfina que le llega al cerebro no la reparte hacia los nervios, además las terminaciones nerviosas están expuestas. El paciente en tanto dolor bota más de la mitad de medicación y además de eso todas las terminaciones nerviosas están expuestas, entonces si uno los toca sigue ahí el dolor como si no le hubiesen puesto la morfina” E11LO.

En la unidad no solo se experimenta el dolor por parte del paciente, también representa dolor para la enfermera por las múltiples situaciones traumáticas que presencia. Por otro lado, las enfermeras que atienden niños con este tipo de padecimiento se afectan en mayor medida, ya que laborar en esas condiciones (con el dolor) es complejo e incluso desgasta porque en ocasiones se siente gran impotencia al no poder ayudar en su totalidad a la persona y en especial a un niño, situación a la que jamás se puede acostumbrar.

“Yo al principio lloraba horrible, me parecía horrible y sobre todo con los chiquitos porque me acuerdo de que muchas veces me empezaban a decir profe, ellos no sabían que era una enfermera ni nada, sino que pensaba que era una profesora y al momento de colocarles pues las inyecciones intramusculares ellos gritaban llorando que vacunas no, entonces a mí eso me partía el alma” E7LB.

“Me da muy duro el dolor de los niños, en ese sentido también discuto con ellos, inclusive con el doctor, yo me quería retorcer de la ira porque no me parece justo que en un hospital un paciente tenga dolor, más teniendo todos los recursos, pues que no hubiera nada” E8TJ.

4.3.5. Siguiendo la trayectoria del paciente quemado: esta subcategoría está conformada por los siguientes códigos.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| - Ingreso por urgencias | - Bienestar por el servicio de hospitalización |
| - Valoración inicial | - Consecuencia del sitio de hospitalización |
| - Manejo básico | - Estancia hospitalaria |
| - Tipo de tratamiento | - Contra todo pronóstico |
| - Ubicándolo de acuerdo con su estado | |
| - Traslado en orden de llegada | |

Todo paciente ingresa a una institución de salud por urgencias independientemente si viene remitido de consulta externa o del sitio del accidente. Allí se hace una valoración inicial por médico general quien define el manejo básico e interconsulta al cirujano plástico. En urgencias se le realiza una primera curación no muy exhaustiva en espera de la valoración por el cirujano y del personal de la unidad de quemados. En ocasiones, el cirujano plástico no alcanza a valorar el paciente por su tiempo quirúrgico, por lo tanto quien asume esa función es la enfermera jefe, quien colabora con el proceso de la curación y toma foto de las quemaduras para luego socializar con el cirujano. Si el paciente llega durante la mañana, el personal de quemados se encarga de su curación, pero si llega en otros horarios se debe realizar la curación en urgencias en compañía de un médico general. Se estima que ingresa aproximadamente un paciente quemado por día al servicio de urgencias, en espera de que el cirujano plástico defina el tipo de manejo, hospitalario o ambulatorio.

“El paciente quemado debe ingresar por urgencias, ya sea que venga de su casa, de donde sucedió el evento o que venga remitido de otra institución, allí el médico general hace una valoración inicial donde mira la ubicación, la extensión y la profundidad de la quemadura” E2LM.

“Se comenta entonces el paciente al cirujano plástico, si es en el día que está presente, entonces la presencia (sic.) la curación para valorar de una vez el paciente, para ver la profundidad y la extensión de la quemadura y todo el manejo como tal y sino el médico general se lo debe comentar para saber entonces si se deja hospitalizado o se ordena el traslado a salas. Ya cuando el cirujano plástico lo evalúa y le ordena el traslado a la unidad, si hay disponibilidad de cama ingresa acá a la unidad, y si no pues queda en urgencias o en observación que es una sala ahí aledaña” E5YH.

Una vez se valora la complejidad de la quemadura, profundidad, extensión y localización se define el lugar en que debe ser ubicado, entre ellos, unidad de quemados, UCE, UCI u otra sala de hospitalización para paciente aislado. Lo primordial es definir si hay quemadura de vía aérea e iniciar la reposición de líquidos intravenosos por la fisiopatología de la lesión. El paciente con quemadura mayor al 25% de SCT acompañada de quemadura de vía aérea, quemadura eléctrica, de III o IV grado debe ir a la unidad de cuidados críticos mientras se estabiliza, si tiene una quemadura mayor al 25% de SCT, hemodinámicamente inestable pero que no presenta ninguna de las anteriores situaciones va a la unidad de cuidados especiales y el paciente que tiene una quemadura menor al 25% de SCT y se encuentra hemodinámicamente estable va a la unidad de quemados. En ocasiones la ocupación de la unidad de quemados está completa por lo que se prefiere que lo dirijan a urgencias o sala de observación mientras se logra su trasladado.

“De acuerdo con la gravedad de las quemaduras el paciente ingresa a UCE a UCI si son muy delicados o ingresan acá a la unidad de quemados si hay disponibilidad, si no hay disponibilidad se dejan en observación mientras hay disponibilidad” E3MF.

“A veces se traslada a salas de observación, pero no sale pues de acá del área de policlínica y rara vez se traslada a salas generales” E19FF.

Los pacientes quemados que se encuentran en otros servicios siguen siendo responsabilidad del personal de esta unidad, por lo que nadie más interviene en su manejo y tratamiento. En este sentido, solo se responsabilizan del bienestar de la persona y en satisfacer sus necesidades básicas. Ellos son trasladados a la sala de curaciones de la unidad de quemados para realizar allá su curación, siempre y cuando no sea paciente aislado; en estos casos el personal de la unidad debe desplazarse hasta donde se encuentre el paciente.

“Del cuidado del paciente y la satisfacción de las necesidades básicas se encarga el personal de la sala donde éste se encuentre, es decir, el baño, la cepillada de dientes y la movilización lo realiza el personal de la sala. Nosotros podemos brindar como una educación de cómo puede ser el manejo, pero no somos quienes lo proporcionamos directamente, únicamente nos encargamos de la curación” E2LM.

En el servicio de urgencias se debe administrar el tratamiento inicial, canalizar acceso venoso y se realiza la primera curación para retirar la mayor cantidad de escaras o flictenas a partir de un barrido mecánico. Asimismo, se valora el requerimiento o no de sedación.

“Se le hace la primera curación en urgencias independiente de cómo llegue el paciente, se avisa acá a la unidad de quemados que hay un paciente para valorar. En atención inicial se toman exámenes de laboratorio, se canaliza vena y luego ya pasa a ser de nosotros; el cirujano plástico le pasa la ronda si está en UCI o en UCE y cuando está en buenas condiciones se traslada acá” E3MF.

Cuando el paciente es valorado por el personal de quemados se define tipo de curación, frecuencia, tópico o intervención quirúrgica prioritaria como desbridamiento, colgajo o injerto de piel. En la unidad el manejo es convencional, no se utiliza tecnología o apósitos avanzados para el manejo de las quemaduras como la cámara hiperbárica, la terapia de tilapia, apósitos de colagenasa o células epiteliales como en otras instituciones de salud del país y del mundo.

“Ya después, dependiendo de la gravedad del paciente, ya uno va enfocando las curaciones si se hacen diarias, cada dos días o tres días y que tópico vamos a utilizar. Hay muchas otras cosas de tratamiento como la cámara hiperbárica que es súper buena para el paciente quemado, la terapia de tilapia de Brasil, hay demasiados apósitos de colagenasa, de células epiteliales que no utilizamos aquí, es un manejo convencional” E9NG.

Los pacientes se trasladan en orden de llegada y según su estado clínico actual, cuando se desocupan camas en la unidad se trasladan. Durante la hospitalización del paciente, su destino final es la unidad de quemados ya que las consecuencias de permanecer mucho tiempo en otros servicios diferentes a esta unidad es sinónimo de retraso en la rehabilitación física, por tanto, se encuentran en desventaja.

“Los pacientes hospitalizados en una sala diferente a la unidad de quemados los resultados si se ven afectados, ya que se encuentran en desventaja” E1PA.

“Se ve mucho la diferencia desde que el paciente llega a urgencias a cuando el paciente llega a la unidad, porque la gente le tiene como algo de recelo al paciente quemado entonces no los tocan, entonces vienen con todos los vendajes caídos, no los curan, mojados del propio exudado, es una cosa impresionante; el paciente aquí en el hospital donde estén, parece que

los pacientes son propiedad privada de la unidad de quemados nadie les toca una compresa” E4DC.

4.3.6 Valorar la evolución del paciente quemado: esta subcategoría está conformada por los siguientes códigos.

- Implicaciones del paciente quemado
- Proceso de adaptación
- Valorar la evolución del paciente
- Paciente crítico
- Gran quemado
- Paciente crónico
- Paciente injertado
- Paciente infectado/aislado
- Paciente ambulatorio
- Un paciente a la vez
- Recuperación del paciente quemado

El paciente quemado se considera una persona vulnerable con múltiples problemáticas que no deja de llamar mucho la atención, además, “escandaliza” a otras personas por lo crítico que puede llegar a ser y por el simple hecho de ver la piel destruida.

“El paciente quemado es una persona muy vulnerable y que le afectan muchas cosas” E7LB.

“El paciente quemado no deja de llamar mucho la atención y escandalizar a muchas personas por lo crítico que llega a ser o por el solo hecho de llegar a ver la piel quemada, ver las heridas o ver la sangre” E2LM.

El paciente quemado se considera especial porque requiere un manejo diferente, ya que como ingresa no sale, le quedan estigmas en su aspecto físico que le harán recordar lo sucedido. Por ello, desde que ingresa, se torna muy dependiente al personal en su parte anímica, emocional y cuidado físico, pues se preocupa desde un principio de las secuelas que le van a quedar luego del incidente que en el dolor mismo. Una de las grandes problemáticas que surgen en este tipo de paciente es el momento de la recuperación puesto que se curan sus heridas, pero parcialmente por las cicatrices con las que queda. Además, la persona debe sufrir un proceso de adaptación que se torna complejo para el adulto, pero más sencillo para el niño, ya que este mediante el juego se rehabilita y se olvida de sentir dolor, llevando un mejor proceso de recuperación y pronto estado de bienestar.

“El paciente quemado requiere un manejo especial ya que como entra al servicio no sale, el problema es la desfiguración con la que el paciente termina, entonces es un paciente al que se le curan sus heridas, pero se le curan parcialmente por que le quedan cicatrices. Yo pienso que es un paciente diferente porque es un paciente que se le puede salvar la vida sus complicaciones, pero es un paciente que va a salir diferente, que su vida va a hacer diferente” E9NG.

“El paciente quemado es muy dependiente en todo: anímicamente, emocionalmente, para su cuidado físico hasta para comer, hablar y entenderlo” E11LO.

“Me gusta mucho esa capacidad de adaptación que tienen los niños, esa capacidad de recuperación, de estar bien, me parece muy rico eso” E8TJ.

Es importante ser empáticos con este tipo de pacientes y que el personal de salud se concientice de la importancia que tienen y eliminar todo tabú que aún se conserva acerca de la persona quemada, como dejarlo en reposo ya que le arde y le duele mucho. Es necesario conocerlo y conocer su herida para acompañarlos en su proceso de recuperación y orientar a la familia acerca de la evolución.

“Me parece importante que el personal de enfermería se concientice de la importancia que tienen los pacientes quemados” E19FF.

“El paciente quemado todavía tiene un tabú dentro de la salud, en todas partes el paciente quemado es un paciente que se tiene que dejar en reposo y que se tiene que dejar quietecito y pobrecito le arde mucho le duele mucho” E17CCH.

La enfermera jefe es la encargada de mirar la evolución de los pacientes cada que se realiza curación para valorar los tejidos, verificar que ha epitelizado y si ha mejorado o no el aspecto de la quemadura. Cuando se apersona de la curación y es proactiva en el manejo adecuado de las heridas se comienza a notar en la evolución del paciente al velar por el cumplimiento de las órdenes y el proceso de curación establecido previamente.

“Miramos cómo ha evolucionado el paciente uno por uno. Si el doctor no está, entonces las enfermeras somos las encargadas de valorar el paciente e informarle a él cómo va el proceso y con qué queda cubierta la quemadura del paciente” E5YH.

“En esto lo más bonito es aprender a valorar los tejidos, a mirar la evolución del paciente, cómo vas a cubrir al paciente, como va hacer la próxima curación y que partes se van epitelizando y que porcentaje del día a día se va epitelizando se va mejorando” E18ESB.

“Si la enfermera no se apersona de la curación se nota que el proceso se comienza a poner lento pero cuando ustedes son proactivas en el manejo adecuado de las heridas se comienza a notar en la evolución del paciente” E13AMS.

A veces es duro controlar los riesgos a los que está expuesta la persona con quemaduras como infecciones o sufrir un trastorno psicológico. Por eso, su evolución es incierta, no es proporcional a la superficie quemada.

“La evolución del paciente quemado es muy incierta, pero sobre todo los procesos infecciosos, hemos tenido pacientes que las quemaduras no son tan significativas pero que se complican, y hemos tenido un paciente (...) severamente quemado que sale y salen adelante” E9NG.

Según el estado de salud de la persona, se puede clasificar en: paciente crónico cuando lleva mucho tiempo hospitalizado sin recuperarse; paciente crítico cuando está en la UCI y requiere ventilación y cuidados inmediatos; paciente ambulatorio aquel que ya ha salido de la hospitalización, se encuentra en la fase de rehabilitación y viene de su casa a las curaciones ambulatorias citados previamente y en un horario establecido; gran quemado paciente con SCT, con quemaduras mayor a 75%, con estancia prolongada en UCI; paciente injertado

aquel que se le realiza cirugía ya que no cicatrizó por sí solo; paciente infectado aquel a quien el manejo de las quemaduras se complica ya que no tienden a cicatrizar y los injertos se autodestruyen, se identifica al retirar los vendajes verdosos y con olores nauseabundos. Este tipo de paciente se debe abordar solo, realizar la curación en su habitación sin posibilidad de trasladarlo a la sala de curaciones de la unidad ya que conserva un aislamiento de contacto estricto que debe conservarse hasta el egreso médico y un año después de finalizar la hospitalización. No obstante, el paciente quemado siempre se debería manejar con un aislamiento protector por la alta probabilidad de infectarse. Por último, se tiene al paciente autónomo quien es aquel que se puede desplazar por sus propios medios pues no tiene quemaduras en sus manos y en sus pies.

“Los pacientes más críticos requieren permanecen en UCI mínimo 48 horas, luego el cirujano plástico define el ingreso a la unidad de quemados” E6ME.

“[paciente ambulatorio] Son aquellos pacientes que ya han salido de su hospitalización y no requieren el manejo hospitalario, sino que vienen de sus casas para hacerle la curación en la sala” E1PA.

“Niño de 13 años que nos ingresó con una quemadura por llama del 85%, un gran quemado, ingresó inicialmente a UCI, como tuvo quemadura de vía aérea, ingresó entubado, y allá tuvo estancia prolongada en UCI incluso allá terminó en traqueotomía, gastrostomía” E5YH..

“Niño con unos vendajes feos, verdosos, oliendo maluco, uno dice, no, hay que hacer algo con este niño porque está infectado y se nos va a complicar” E8TJ.

“Si no está quemado sus pies y sus consideramos que es un paciente autónomo” E17CCH.

Importantísimo el manejo del dolor y la detección temprana de los signos de infección, sin dejar a un lado la parte emocional que sin lugar a duda es más o igual de importante a la parte física para su recuperación. Es de recalcar que los cuidados en la fase aguda son vitales para garantizar su evolución hacia la recuperación. Comúnmente el paciente quemado queda funcional, pero con complicaciones estéticas. La recuperación de un niño, en contraste con un adulto, es mejor por la capacidad de resiliencia de aquel.

“Importantísimo el manejo del dolor y la detección temprana de los signos de infección, sin dejar a un lado la parte emocional que sin lugar a duda es más o igual de importante a la parte física para la recuperación del paciente quemado. Es de recalcar que los cuidados en la fase aguda son vitales para garantizar la evolución del paciente hacia la recuperación” E6ME.

“En la recuperación quedan desfigurados, con sus complicaciones estéticas, algunas veces funcionales pero salen” E9NG.

4.3.7. Realizar la curación del paciente quemado: esta subcategoría se conforma de los siguientes códigos.

- Horario de curaciones
- Orden de curaciones
- Sala de curaciones
- Organizar lista de pacientes para curación
- Curación de pacientes hospitalizados en otras salas o servicios
- Objetivo de la curación
- Proceso de la curación
- Preparación del paciente
- Realizar la curación
- Posterior a la curación
- Cargo y nota de curación
- Valorando requerimientos de sedación
- Curación con sedación
- Dando indicaciones al personal auxiliar
- Curación sin sedación
- Curación estética
- Curación de paciente aislado
- Curación simple o cambio de vendajes
- Curación de injerto de piel
- Cuidados básicos de la curación del injerto de piel
- Personal de curación
- Curación por enfermera
- Curación por auxiliar de enfermería
- Curación por personal de quemados
- Indicación del producto o tópico a utilizar

La curación del paciente quemado se compone de dos aspectos relevantes para llevarla a cabo: la logística y el talento humano. Aquella comienza con el horario de curaciones las cuales se realizan en horas de la mañana; el resto del día a necesidad de los pacientes. Las curaciones tienen un orden establecido, es decir, primero se realizan las curaciones con sedación, luego sin sedación y por último los cambios de vendajes; las curaciones ambulatorias se realizan simultáneamente a la hora en que estén citados los pacientes. Por otra parte, se priorizan las curaciones con sedación ya que el paciente requiere ayuno y primero los niños que los pacientes adultos.

“Las curaciones siempre se hacen en la mañana, por ejemplo, un niño que tiene quemadura en glúteos, el paciente hace deposición, entonces hay que volverle a hacer curación, entonces a cualquier hora depende de la necesidad del paciente” E4DC.

“Primero bajo sedación, luego sin sedación, luego los cambios de vendaje y por último los pacientes que de pronto están desarmaditos o así pero siempre priorizando a los niños” E10LC.

Para iniciar las curaciones, las auxiliares de enfermería organizan la sala de curación, es decir, tienden las camillas, ingresan material e insumos de cada paciente que se encuentra en la lista realizada por la enfermera jefe y organizada durante la entrega de turno. En la lista no solo se tienen las curaciones de la unidad, también se incluyen los pacientes que se encuentran en otras salas y previo al recibo de turno se hace una planeación con el personal auxiliar a cargo de las curaciones, quiénes se van a desplazar a los otros servicios donde se encuentran los pacientes y en qué momento.

“La auxiliar de enfermería es la encargada de organizar la sala de curaciones y preparar el material, sacar las compresas, los sueros, la sulfadiazina de plata o el tópico que se vaya a utilizar” E1PA

“El cirujano plástico nos dice, jefe en tal sala quedó tal paciente para que lo programe para curación mañana, en tal otra tal otro y así uno ya en la lista los incluye y los pide a la sala para que los manden a la unidad de quemados, pero si están aislados toca ir hasta las sala a hacerles la curación allá, a las UCI también sube el personal de quemados a hacerles la curación” E1PA.

La curación tiene un objetivo claro y es contribuir a que la piel sane al cabo de realizar el procedimiento en repetidas ocasiones, además, determina si va a requerir o no injerto de piel. Para el personal de la unidad cumplir el objetivo es realizar todas las curaciones programadas para el día en horas de la mañana.

“El objetivo de la curación es quitar todo lo malo para que sane la piel. Lo que queremos con las curaciones es mirar qué parte no sana y así definir si es para injertar o no” O3.

“Nosotras trabajamos hasta la una y la finalidad es que se logre cumplir ese horario y que a los pacientes se les pueda hacer todas las curaciones” E14YA.

El proceso de la curación comienza con la preparación del paciente, es decir, monitorizar, administrar oxígeno y cortar vendajes. Una vez el paciente se encuentra en la sala de curación se valora el requerimiento de sedación y se define el tipo de curación, se realiza y posteriormente se retorna el paciente a su cama y cubículo. Ocasionalmente, los pacientes sedados hay que inmovilizarlos porque se despiertan agitados y mareados mientras se acaban de recuperar de la sedación. Además, una vez finalice la curación se debe hacer nota en la historia clínica y cobrar insumos en una hoja cargo. El proceso de la curación consiste en retirar los vendajes sucios, irrigar con solución salina, realizar el barrido mecánico con gasa y pinza, volver a irrigar para lavar y secar, luego se aplica el tópico en la quemadura, se colocan compresas como apósitos secundarios y se fijan con vendajes de tela o fixomull.

“Se realiza la curación explicándole al paciente el procedimiento, se le administra la analgesia ordenada, retiramos los apósitos que tiene, luego se realiza la curación con abundante suero se irriga, se drenan las flictenas si las tiene con gasa o pinza, se seca la piel, administramos el tópico seleccionado, se colocan compresas y vendajes” E6ME.

“El tipo de curación es según la profundidad y extensión de la quemadura” O5.

“Luego de la curación las auxiliares arreglan el desorden, desechan residuos, visten a los pacientes y entran la cama para pasarlos y regresarlos a sus cubículos” E8TJ.

A partir de los testimonios dados por los participantes surgieron varios tipos de curación: la curación con sedación, se realiza en paciente con quemadura de gran extensión y las realiza la enfermera jefe en compañía de un médico de sedación; la curación sin sedación para paciente de menores extensiones, que ya estén menos afectados y tenga más sanas sus quemaduras, están a cargo de las auxiliares de enfermería; curación simple o cambio de

vendajes, es quitar todo lo mojado o los vendajes caídos sin necesidad de cambiarlos en su totalidad, es arreglar sus vendajes e incluso se dice cambios de vendajes cuando no requieren curación ese día y de esa forma el cirujano plástico justifica su evolución; curación de paciente aislado, es la última curación que se realiza dentro del mismo cuarto del paciente, por lo que se lleva todo el material que se requiera y no se puede sacar, si llega un paciente ambulatorio que estuvo aislado se deja de último; la curación estética, los pacientes deben quedar bien presentados para ellos mismos como para su familia, es aprender a hacer vendajes bien elaborados y funcionales; y la curación del injerto de piel, tiene una periodicidad distinta, siempre se debe hacer al día siguiente de realizado el injerto y a necesidad según la cantidad de serohematomas que se deban drenar. Las curaciones se deben realizar por ocho días hasta que se retiren grapas o suturas. Al cumplir los ocho días se da alta para que continúen con curaciones ambulatorias. Los injertos tienen unos cuidados básicos como no acostarse encima de ellos, evitar movilizar la extremidad donde se realizó y no mojar la zona donante. El injerto de piel consiste en una capa delgada de piel del mismo paciente de una parte sana (y puede ser de cualquier parte del cuerpo incluyendo el cuero cabelludo), la zona donante se comporta como una raspadura y es muy dolorosa, pero sana sola alrededor de una semana.

“Generalmente se realiza la curación con sedación si es una quemadura con extensión muy grande” E2LM.

“A los que no se le hizo curación se considera un cambio de vendajes, aunque no significa que uno les tenga que cambiar todo, sino que, si se ensució se le está cayendo el vendajito, pues se le hace un refuercito” E8TJ.

“Cuando los pacientes están aislados se manejan en los dos servicios que están destinados para pacientes aislados y si el paciente es aislado no se puede traer acá a la unidad” E9NG.

“Cuando el paciente está injertado, la curación se hace al otro día del injerto, se realiza sin sedación porque ya es un poco menos doloroso para el paciente. Las curaciones se hacen día por medio y si hay muchos seromas se hace diaria, ya aproximadamente a los ocho días se retiran puntos o grapas y ya se evalúa pues si el injerto tuvo como un buen prendimiento y si se puede dejar destapado o no y se daría pues alta al paciente y continúa viniendo a curaciones ambulatorias” E5YH.

“Los cuidados básicos son vigilar muy bien el prendimiento del injerto, drenar todos los serohematomas que podamos evidenciar, utilizar técnica estéril, vigilar muy bien la toma de sitios donantes y explicar muy bien al paciente que no se puede mojar la zona donante” E5YH.

El segundo aspecto hace referencia al talento humano correspondiente al personal de curaciones, las que son realizadas por el personal de la unidad de quemados independientemente del servicio de donde se encuentre el paciente. La enfermera asiste en caso de desbridamiento con dermatomo manual, siempre indica el tópico o producto a utilizar y da indicaciones al personal auxiliar, quien circula o apoya al momento de volver a vendar al paciente. La auxiliar de enfermería se encarga de los pacientes sin sedación aunque no esté presente la enfermera jefe, pero siempre es ésta quien lidera las curaciones mediante las indicaciones del producto o tópico a utilizar.

“El equipo está conformado por cirujano plástico (no siempre) fisiatra (no siempre), fisioterapeuta, auxiliares de enfermería y enfermera” E6ME.

“La enfermera jefe se va haciendo el lavado quirúrgico y es la que se encarga de hacer la asepsia, de limpiar, mirar donde el paciente requiere una intervención, llamar al médico en caso de necesitar un desbridamiento o en caso de ver que ya hay alguna área lista para injertar” E1PA.

“Somos nosotras (las enfermeras) las que decidimos cuál es el producto que se le va a colocar al paciente que permita que (...) evolucione adecuadamente. Definimos qué tipo de producto se le puede colocar (...) con el fin de mirar o de ir mirando la evolución como tal” E2LM.

“La enfermera es la que le indica a la auxiliar de enfermería el paso a seguir respecto a las curaciones y si de pronto hay algo que debemos decirle al auxiliar que debe mejorar también se le dice” E2LM.

“Las curaciones sin sedación las hacemos nosotras las auxiliares de enfermería, ellas (las jefes) solo son las de sedación, nosotras hacemos las de sin sedación, los ambulatorios, pacientes de la sala y pacientes aislados” E15GG.

4.3.8 Curación con sedación: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Sedación realizada por médico
- Medicamentos de sedación
- Monitoria del paciente
- Posibles consecuencias de la sedación
- Sedación Vs. Analgesia
- Conocimiento acerca de la sedación
- Prelación de niños para la sedación

La curación con sedación la realiza un médico general entrenado y asignado al servicio de urgencias. Primero, asiste a la unidad de pediatría y posteriormente a la de adultos, por lo que el orden de curaciones en las unidades depende de la disponibilidad del médico de sedación ya que no se pueden realizar sin estar presente. Se prioriza a los niños para evitar un ayuno prolongado en ellos ya que los adultos tienen mayor tolerancia.

“Para las curaciones con sedación está el médico de sedación quien tiene que estar siempre pendiente del paciente desde que inicia la curación hasta que esta se acaba” E3MF.

“El médico de sedación primero va al infantil que es un médico general de policlínica de urgencias. El viene después de que va a quemados infantil a hacer las sedaciones de quemados de adultos que tenemos en el turno” E5YH.

Los medicamentos de sedación son midazolam, ketamina y fentanyl, los cuales se administran por vía intravenosa y requiere de una monitoría estricta de los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno) por el alto riesgo de complicaciones como alteración en el patrón respiratorio o broncoaspiración si no siguen las

indicaciones de ayuno total. Para prevenir dichas complicaciones siempre se les pone oxígeno por cánula nasal. El médico indica la cantidad de medicamento que se le debe suministrar al paciente según las morbilidades; a su vez, verifica el riesgo/beneficio para la persona, si es mayor el riesgo de presentar alguna complicación se prefiere suministrar analgesia como fentanyl o morfina. Anteriormente, se sedaba por vía intramuscular pero no tiene la misma eficacia que la intravenosa, pero sí ayuda a disociar y no recordar el momento. Hay una auxiliar de enfermería encargada de administrar la sedación ordenada por el médico, es decir, dosis inicial y de refuerzo.

“El medico de sedación monitoriza al paciente, le coloca tensiómetro, pulsoxímetro y la cánula nasal” O3.

“Se tienen en cuenta muchas otras cosas, como la edad, como las comorbilidades, entonces puede que el paciente por sus quemaduras si requiera sedación, pero ya con el médico de sedación se analiza que tan riesgo/beneficio puede ser una sedación en ese paciente entonces no es solamente el concepto que nosotras demos sino analizarlo todo como en conjunto” E5YH.

“Les informa que cuando los niños tienen un cartelito avisando que tiene curación es porque no puede comer, al niño se le aplica unos medicamentos para la sedación con la que ellos no van a recordar nada y como están tan relajados por la sedación y si comieron se puede broncoaspirar” O5.

“Antes de las curaciones, se colocaba la sedación intravenosa, ellos no se profundizan totalmente, pero al menos se le quitará el recuerdo del momento doloroso de esa curación, que ellos no lo recordaran” E8TJ.

El médico de sedación debe acompañar las sedaciones tanto de la unidad como de otros servicios cuando no se pueden desplazar los pacientes a la sala de curaciones de quemados.

“Llega el médico de sedación y le dice a la jefe que ya está disponible para hacer las curaciones, pero la jefe le dice que cuando acaben las (...) de la unidad ella lo llama para ir hacer los paciente (sic.) con sedación de otras salas” O3.

Previa a la realización de la curación con sedación, el médico debe explicar, tanto al paciente como a su acompañante, los riesgos existentes y en qué consiste el procedimiento para firmar el consentimiento informado, quienes se encuentran en plena libertad de aceptar o no la sedación.

“Importante que para una curación se tenga el consentimiento de la familia del paciente, debe haber un consentimiento informado en donde el médico le explique todos los riesgos de la sedación porque muchas veces encontramos de que solamente los hacen firmar un consentimiento de hospitalización donde les explican cómo lo mínimo, llega un momento en donde al paciente lo están durmiendo y ellos tienen muchas dudas” E10LC.

4.3.9 Valorar el proceso de cicatrización: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Herida
- Fases de la herida
- Tipos de tejidos
- Etapa de desbridamiento
- Fase proliferativa: cicatrización y epitelización

Las heridas comprometen diferentes capas de la piel según su complejidad, pues ésta tiene la capacidad de regenerarse por sí misma, pero requiere de unas medidas estrictas de tratamiento como curación periódica con adecuada técnica estéril para prevenir el riesgo de infección. Se puede decir que la herida tiene fases o etapas según su proceso de cicatrización, y estas se determinan según el tipo de tejido que presente la herida a lo largo de su tratamiento. Por eso, es importante aprender a diferenciar todo tipo de tejido y así saber en qué etapa del proceso de cicatrización está la herida para enfocar adecuadamente el tratamiento.

“Las heridas comprometen diferentes capas de la piel” E2LM.

“Se debe aprender mucho de heridas porque obviamente las heridas tienen fases...Hay que saber diferenciar todo tipo de tejido, tejido de fibrina y tejido necrótico” E1PA.

Se define etapa de desbridamiento el periodo en que se retira todo el tejido necrótico que queda de la quemadura, seco llamado escara; de color blanco y húmedo llamado fibrina de aspecto chicloso y amarillo, mediante unos medicamentos tópicos como la sulfadiazina de plata y colagenasa o técnicas manuales como la escarectomía con el fin de obtener un tejido limpio o de granulación y así propiciar el inicio de la etapa proliferativa. En esta etapa se realiza la curación cada 48 horas y requiere de sedación en la mayoría de los casos para realizar desbridamiento mecánico con compresas o pinzas y/o autolítico con los medicamentos tópicos que se aplican directamente en la piel, aunque también se puede realizar el desbridamiento quirúrgico por parte del cirujano plástico y en el servicio de cirugía como tal.

“En el periodo de desbridamiento la curación se realiza con sulfadiazina de plata día de por medio” E2LM.

“Usted puede utilizar otras cosas como la colagenasa para desbridar en áreas donde usted no puede desbridar con cuchilla” E4DC.

“Al inicio de la hospitalización se comienza con sulfadiazina de plata para ayudar ablandar lo blanco de la herida, en esos casos hay un exudado que no es pus sino la combinación de la crema con el exudado, con la sulfadiazina de plata se hace la curación cada 48 horas” O5.

Cuando la herida está en la fase proliferativa, de cicatrización y epitelización se utiliza un medicamento tópico llamado nitrofurazona con el que se realiza la curación cada 3 días. En esta etapa generalmente ya no se les suministra sedación a los pacientes porque se encuentran más recuperados y por ende la quemadura es menos profunda. Esta etapa se caracteriza por la formación de nuevos vasos sanguíneos denominado angiogénesis, que permite nutrir al

tejido en mayor cantidad y propiciar la aparición de tejido de granulación que es de color rojo más friable y sangra con facilidad. Una vez la piel ha epitelizado nuevamente se torna de un color rosado pálido que se va oscureciendo con el paso del tiempo ya que la estabilización de la cicatriz puede variar de 6 meses a dos años después de la lesión, por esto es importante cuidar la piel con la presoterapia y evitar la formación de tejido que loide o hipergranulado.

“En el proceso de cicatrización se utiliza un producto que se llama nitrofurazona y generalmente no se le coloca ya sedación y se realiza cada 3 días. Si ya terminó el proceso desbridamiento y ya está en el proceso de epitelización entonces la curación se realiza cada 3 días” E2LM.

“El paciente está sangrando ya que sus quemaduras están con tejido de granulación” E8TJ.

“Cuando la piel está muy oscura es porque está muy activa, el que loide sale en 1 o 2 meses de descuido continuo” O3.

“La piel quemada en proceso de cicatrización es rosada. La estabilización de la cicatriz puede variar de 6 meses a dos años y eso dura el uso de los elásticos” O5.

Cuando la herida se infecta sana en falso, es decir, lo poco que ha epitelializado se desprende con facilidad y en estos casos si es necesario ordenar antibióticos.

“La herida infectada es la herida que sana en falso que uno cree que esta cicatrizando y mentira, vuelve y se desprende lo que ya había epitelizado” E1PA.

“Al paciente que este con una herida infectada le debemos recordar al doctor que debe mandarle antibiótico” E2LM.

4.3.10 Establecer objetivos para el paciente quemado: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Interacción enfermera-paciente
- Mejorar su estancia hospitalaria
- Entender al paciente
- Reforzar la autonomía
- Recuperar la autonomía
- Difícil lograr las actividades de la vida diaria
- Lo cómodo no es lo conveniente
- Entender al paciente

El objetivo de la unidad con sus pacientes es reforzar la autonomía desde que llegan, insistir en que se muevan y hagan las cosas por sí solos para que al momento del egreso sea una persona independiente, funcional, capaz de hacer sus actividades de la vida diaria como lo hacía antes y que sea útil tanto para ella como para su familia. El paciente debe volver a la sociedad en las mejores condiciones para integrarse y desempeñarse como antes.

“Se hace lo posible porque el paciente sea autónomo, porque salga de acá sirviendo o sea el paciente no se vuelve una persona inútil por su quemadura, se hace lo posible para que el paciente quede siendo útil para la sociedad, para su familia” E3MF.

“Hay que ver al paciente quemado como una persona que se va a volver a integrar a la sociedad para continuar desempeñándose en lo que hacía antes. Una buena curación del área quemada sin rehabilitación no tiene sentido, porque el objetivo es devolver a la sociedad el paciente que pueda hacer una vida normal” E6ME.

El paciente prefiere adoptar la posición más cómoda que no le genere dolor durante su proceso de recuperación, pero no es conveniente por el riesgo de sufrir contracturas y pérdida de la movilidad de sus articulaciones. El personal de enfermería está a cargo de la rehabilitación temprana, situación que desgasta en un principio por lo difícil que es para la persona empezar a hacer las actividades de la vida diaria. El éxito de la recuperación es responsabilidad del paciente, pero acompañado del personal de enfermería; a medida que se recupera la asistencia por parte del personal de enfermería disminuye y pasa a ser secundario.

“No siempre la situación más cómoda para el paciente va a hacer la más conveniente, por eso ellos siempre tienden a sufrir contracturas y pérdida de la movilidad de sus articulaciones” E1PA.

“Una de las cosas que en enfermería es más difícil con estos pacientes, lograr que empiecen hacer las actividades de la vida diaria” E1PA.

“Lo que se espera de la rehabilitación y lo que el paciente debe colaborar para su recuperación está en gran parte en manos de la enfermera jefe” E13AMS.

La interacción entre paciente-enfermera es fundamental para ayudar a mejorar la experiencia de la estancia hospitalaria, la cual debe estar basada en el respeto, en satisfacer las necesidades del paciente y estar pendientes de su bienestar. Es decir, no solo es ir a hacerle una curación, por el contrario, es conversar interactuar, hablar con él, conocerlo y contarle cómo va su proceso, estimularlo e incentivarlo con distintas actividades que puedan realizar por sí solo. Muchas veces esta interacción se transforma en esperanza para el paciente y en una amistad donde se vuelven confidentes de muchas cosas, por esta razón la enfermera es quien detecta situaciones de riesgo.

“La interacción enfermera-paciente es algo que tiene que estar basado en el respeto, en valorar al paciente siempre de acuerdo con sus necesidades y estar pendientes de ellos, yo pienso que una buena interacción es fundamental” E5YH.

“La interacción es muy importante porque no solo se trata de uno irle hacer la curación y ya, sino de uno ir hablar con el paciente, de conocerlo (...) a través de las curaciones” E9NG.

“Los pacientes sienten como más confianza con enfermería entonces es la enfermera la que detecta como situaciones de agresión o riesgo muy elevado, y si ustedes no estuvieran a uno le pasara eso desapercibido” E13AMS.

Es importante ser claros con el paciente desde el principio, informar las consecuencias, despejar dudas y dar expectativas reales según el estado de la persona. Por eso, es necesario mostrar interés por su estado, entenderlo y aprender a hablar con él.

“En el primer contacto con el paciente hay que explicarle a qué se va a enfrentar, a qué servicio llega, qué procedimiento vamos a realizar y tratar de despejarle las dudas, dar las expectativas al paciente lo más certeras posibles” E19FF.

“Importante aparte de hacer las curaciones, entender los pacientes, aprender a hablar con ellos. Hay que hablar mucho con ellos y estar muy pendientes de ellos” E3MF.

4.3.11 Participar en las visitas del paciente quemado: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Horario de visitas
- Salir tiene requisitos
- Interactuar con la familia
- Educar a la familia
- Informar a la familia

Las unidades de quemados tienen unos horarios establecidos para las visitas, generalmente en la tarde. La unidad tiene normas y premisas para prevenir el riesgo de infección de los pacientes. Quienes estén en condiciones de recibir las visitas salen a los alrededores de la unidad a distraerse y cambiar de ambiente e interactuar con sus familiares y allegados. Por el contrario, quienes no pueden salir, entonces la familia puede ingresar a la unidad en la que solo se permite dos personas por paciente sin posibilidad de cambio. En el paciente pediátrico solo una persona debe permanecer acompañando al niño con posibilidad de relevo cuantas veces sea necesario (de 7:30 a. m. a 18:00 p. m.). Los motivos por lo que no se permite la salida a algunos pacientes es porque aún pueden tener efectos de la sedación, por el compromiso de la quemadura o cuando tienen aislamiento hospitalario. El acompañante permanente solo se deja en casos especiales como cuando se trata de bebés menores de seis meses, niños o adultos con condiciones especiales como Síndrome de Down o parálisis infantil o cuando hay indicación por psiquiatría.

“De 2 a 4 de la tarde los pacientes puedan salir a recibir su visita, termina la visita y los pacientes vuelven se instalan en su unidad” E1PA.

“Hay ciertos requisitos que debemos asegurar que el paciente tenga para poder salir sino los familiares ingresan al área. Los pacientes que no pueden salir a la visita son porque tienen todavía efectos de la sedación o por el compromiso de sus quemaduras no sea conveniente, por el aislamiento o por el riesgo de infección” E1PA.

“No permiten el ingreso de familiares a la unidad de pacientes que estén en capacidad de caminar por sus propios medios y de salir a recibir la visita” ODME.

“Con los niños nada más uno, papá o mamá, en el caso de que el papá sea inexistente porque lastimosamente pasa mucho, ya ahí entraría pues la abuelita u otra persona que le colabore a la mamá; pueden estar de 7.30 de la mañana a 6.00 de la tarde. Aquí los papás no amanecen” E8TJ.

Durante las visitas, la enfermera acompaña, orienta, guía, aclara dudas y brinda información acerca del estado y evolución del paciente. Es importante el apoyo y la presencia de la familia

en su recuperación, pero en ocasiones los supuestos consejos de personas externas al equipo de trabajo de la unidad dificultan este proceso y la cooperación por parte de los pacientes. Se hace énfasis con los familiares en evitar traer problemas y preocuparlos.

“En el horario de visita que es de 2:00 a 4:00 de la tarde, a la familia se acompaña, se orienta, se guía y se le da información” E9NG.

“La hora de visita era aprovechada para dar información a la familia sobre la evolución del paciente, se aprovechaba también para despejar dudas y dar instrucciones” E6ME.

Es importante educar e informar a los familiares para así evitar conductas que obstaculicen el proceso de cuidado y disminuir el número de errores que se cometen en el momento del accidente; indispensable educar acerca de las técnicas de cuidado a los familiares para que se involucren en la recuperación de su familiar como la necesidad de incentivar la movilización constante de la persona.

La enfermera es quien brinda la información de los pacientes. Por eso es necesario que los conozcan bien, saber en qué etapa de su proceso se encuentran para brindar información confiable y certera de cuánto tiempo puede durar su hospitalización, cuál puede ser su posible manejo o si va a requerir intervención quirúrgica. La enfermera brinda información más amplia de los pacientes que tuvieron curación ese mismo día debido a que fue reciente la valoración de su evolución. Con los otros solo les cuenta su estado general, pero si quieren algo más específico deben esperar hasta la próxima curación.

“Esa parte de educación y comunicación con el paciente es fundamental, a veces el paciente recibe mucha información externa que puede limitar el proceso de recuperación” E5YH.

“La familia es uno de los factores más estresantes, porque muchas veces obstaculiza el proceso de cuidado por lo que hay que educarlos. Un adulto es responsable de si se pone el elástico o no, a diferencia de un niño, un niño no se lo va a querer poner porque eso le da calor, eso lo hace sudar” E8TJ.

“Durante la visita los familiares le solicitan información a la jefe acerca del estado de las quemaduras de sus pacientes. Ella solo informa de quienes se le realizó curación el día de hoy, a los otros familiares les solicita que pregunten al siguiente día o en la siguiente curación para darle información más certera acerca de la quemadura. Da información del estado general y de los procedimientos pendientes del paciente y aclara dudas a los familiares” O3.

4.4 Saberes aprendidos

Es la tercera categoría emergente que surge de los resultados, compuesta por 5 subcategorías. La enfermera adquiere todos los saberes del paciente quemado desde que llega a la unidad pues hay una interacción entre la teoría y la práctica, convirtiendo el conocimiento en saber. Para la enfermera estar en una unidad de quemados es sufrir una afectación emocional por las experiencias vividas que luego se transforman en virtudes y retos tanto personales como profesionales.

“El saber es como ese conocimiento que tú vas perfeccionando con la práctica” E4DC.

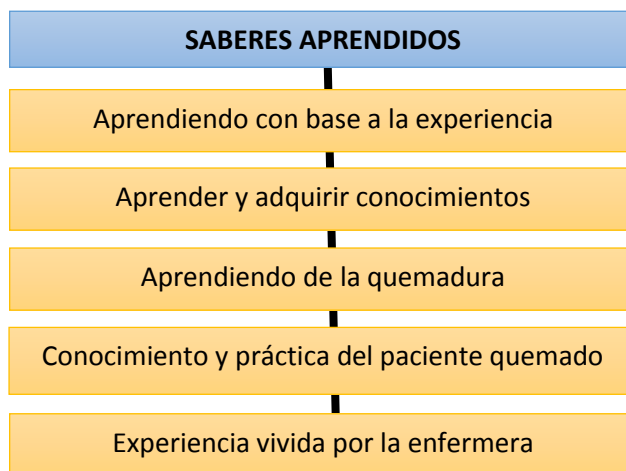


Ilustración 5: Saberes y aprendidos. Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado, febrero 2018.

4.4.1 Aprendiendo con base en la experiencia: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Experiencia
- Experiencia de las auxiliares de enfermería
- Explicando el qué, por qué y el cómo se hacía
- Aprender de la auxiliar en el quehacer
- Iniciar en quemados sin saber nada y sintiéndose incapaz
- Equipo de quemados entrena al personal nuevo
- Tiempo promedio de entrenamiento
- Sintiendo autosuficiencia
- Experticia en el hacer y en el ser
- Experiencia en el quehacer
- Cosas que forman
- Cumplir etapas y ciclos

Se aprende con base en la experiencia diaria, proceso de aprendizaje con el que se adoptan hábitos o costumbres en pro del bienestar o mejoramiento del paciente. Para ello no existe un protocolo que indique qué hacer cuando la quemadura se encuentra con determinado tejido, la evolución del paciente quemado es variable y relativa.

“A través de la experiencia tú vas adquiriendo como unos hábitos que hacen que el paciente mejore” E4DC.

“Saber qué hacer en una curación te lo da la experiencia del día a día y mirando más que todo el tejido, porque en realidad no hay un protocolo a realizar en cada curación, porque un tejido puede estar limpio de un día para otro” E18ESB.

Las auxiliares de enfermería tienen demasiada experiencia en el manejo del paciente quemado por la cantidad de años de trabajo continuo en la unidad, razón por la que la enfermera se apoya y aprende de las mismas auxiliares en cuanto al quehacer, es decir, acerca de la curación y la realización de los vendajes, le explican lo que se hace, por qué se hace y cómo se hace gracias a toda la práctica y habilidad que las auxiliares tienen.

“Hay auxiliares que llevan muchos años trabajando en esto, y uno que lleva un año, debe aprender de ellas” E8TJ.

“Las auxiliares tienen mucha experiencia en cuanto al quehacer, de cómo se hace la curación, cómo se tiene que hacer la limpieza, cómo tiene que hacerse un vendaje” E2LM.

“Las auxiliares tienen mucha práctica y habilidad” E1PA.

Con el paso del tiempo la enfermera adquiere y perfecciona sus propios saberes con lo que logra asumir el liderazgo en la mayoría de los casos, aunque nunca las auxiliares dejan de ser partícipes en la decisión de los cuidados del paciente quemado. La enfermera adquiere experticia en el hacer, pero también es importante adquirir dicha experticia en el ser para poder ayudar este tipo de paciente, ya que la parte operativa cualquiera lo puede aprender con entrenamiento, pero la parte del tacto y la empatía es indispensable y no es una habilidad que todas las personas logran adquirir.

“También escuchamos recomendaciones o sea no somos cerradas a que tiene que ser lo que nosotras digamos porque también hay que tener en cuenta que tenemos auxiliares de mucha experiencia” E5YH.

“A parte de tener experticia en el hacer hay que tener mucho del ser para ayudar a este tipo de paciente” E3MF.

“La parte operativa cualquiera la aprende, pero el hecho de aprender a tratar con el tacto que hay que tratarlos a ellos, yo pienso que es mucho más importante” E4DC.

La mayoría de las personas que ingresan y comienza en la unidad de quemados lo hacen sin saber casi nada y sintiéndose incapaz, pero las ganas y la disposición son el arma principal. Son pocas las oportunidades que las enfermeras tienen de conocer el paciente quemado antes del ingreso a la unidad, pues en la universidad no se logra tener contacto con este tipo de pacientes. Toda persona que ingresa nueva a la unidad de quemados es entrenada por sus pares quienes llevan años de experiencia en el tratamiento de quemados. Al principio, nunca se realiza individualmente una actividad, siempre se tiene el acompañamiento de una persona competente en el área. De hecho, el tiempo promedio de entrenamiento varía de 8 a 20 días,

pero su calidad depende de las oportunidades con las que se cuenta para aprender a hacer directamente las cosas con el paciente quemado. Su manejo es tan complejo que requiere de un mayor tiempo de entrenamiento, el primer año se puede considerar como periodo de aprendizaje.

“Cuando ingresé acá me di cuenta de que en realidad la idea que uno tiene de un paciente quemado es muy poquita. Nunca en mi vida había visto un paciente quemado, ni en práctica, ni en la universidad, o sea, cuando vi el tema en la universidad ni siquiera mostraron fotos” E10LC.

“Equipo de trabajo de quemados que lleva tantos años de experiencia y que son las personas entrenadas en esta área fueron capacitándome. Yo no realicé ninguna actividad sola, siempre estaba con mi compañera la enfermera jefe que ya llevaba en el área bastante tiempo” E1PA.

“Normalmente el entrenamiento acá es como de quince días, pero fueron quince días de mucha complejidad porque tuve la oportunidad de ser entrenada justo en el momento en que hubo una explosión de una panadería en Belén, entonces tuvimos gran (sic.) quemados por esos quince días” E5YH.

“El primer año es un entrenamiento continuo que solo se adquiere aquí a través de la práctica y el protocolo” E17CCH.

En este contexto, los participantes describen que el tiempo en que uno se puede sentir autosuficiente en el área, es decir, que se defiende con propiedad frente a otras disciplinas y múltiples situaciones, varía de un mes a un año, momento en que ya diferencia las quemaduras, determina el grado, sabe cómo es la evolución del paciente, si va a requerir o no injerto de piel y los cuidados postquirúrgicos.

“Que yo dijera que lo domine o que me defendí con propiedad frente a otras disciplinas, más o menos al año ya me sentía autosuficiente, aunque muchas veces si me tocaba pues pedir apoyo a la jefe del infantil que fue la que me entrenó o a la persona que uno crea que le pueda ayudar” E1PA.

“Aproximadamente al menos pude diferenciar las quemaduras, el grado, ir clasificando la profundidad, saber la evolución del paciente, en qué momento se va a definir un injerto, los cuidados postquirúrgicos y todo ese proceso como tal, me sentía bien aproximadamente al mes de estar acá” E5YH.

4.4.2 Aprender y adquirir conocimientos: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Aprendizaje enriquecedor
- Adquiriendo conocimientos
- Adquiriendo habilidades
- Aprendiendo con el tiempo
- Aprender de heridas
- Aprender de otros: compañeras y cirujano plástico
- Aprender con la práctica
- Aprender técnicas
- Aprender un arte
- Se aprende hasta el último día
- Capacitación continua para un mejor cuidado

Con el paso del tiempo se va transformando el conocimiento mediante la práctica. Todo el tiempo se está aprendiendo, ya que cada paciente es diferente y cada experiencia aporta nuevos elementos para llegar a un nivel de experticia. Adquirir conocimientos depende del empeño y las ganas de cada persona. También se aprende de otras con mayor experiencia en el campo como el cirujano plástico o los compañeros que llevan años de trabajo con este tipo de paciente. Todo el proceso de aprendizaje basado en años de experiencia fundamentan el manejo que se instaura en los pacientes de la unidad, además, el personal nuevo debe ayudarse a partir de la búsqueda de referencias bibliográficas y el protocolo establecido en el hospital para conocer el manejo del paciente quemado y poder extrapolar la teoría a la práctica. También se debe apoyar de otros centros académicos e instituciones de salud que compartan sus experiencias y simposios o congresos sobre el tema.

“Todo se va aprendiendo con la práctica” E2LM.

“Uno todos los días aprende, pues a pesar de que uno lleva aquí ya vario tiempito, uno todo el tiempo está aprendiendo, porque todos los pacientes son diferentes. Yo digo que todo el tiempo uno está aprendiendo cosas nuevas” E10LC.

“El conocimiento del paciente quemado lo adquirí pues leyendo el protocolo, buscando también bibliografías y documentos, principalmente fueron eso dos maneras” E7LB.

“Uno se apoya mucho en los cirujanos plásticos, ellos le enseñan a uno mucho desde su experiencia. Preguntándoles a las compañeras que ya saben más, preguntándoles a los cirujanos el porqué de las cosas. Si uno ve algo diferente, algo nuevo uno tiene que empezar a buscar, a leer y en caso tal preguntarle a alguien que sepa. Primero que todo me apoyé mucho en mis compañeras, en mis colegas” E3MF.

El hospital facilita la capacitación continua con el permiso de inscribirse a cursos o diplomados de heridas que desarrollan en diferentes instituciones universitarias y de salud, por lo que se hace necesario buscar fuentes bibliográficas y actualizarse continuamente y capacitarse en temas donde se observe falencias o desconocimiento por el personal de la unidad.

“Hice un diplomado de heridas antes de graduarme, me gustó mucho, también dieron el tema de quemados, pero lo mismo, no como tan a profundidad. También he ido a cursos que lo

invitan a uno acá de las casas comerciales el mes pasado estuve en Bogotá en un congreso que hubo de quemados organizado por la fundación de quemados” E8TJ.

Es importante involucrarse con el paciente directamente, para aprender y adquirir habilidades mediante la práctica, por lo que es necesario realizar curaciones y visualizar la evolución de las quemaduras desde su ocurrencia hasta su recuperación para adquirir el dichoso ojo clínico y aprender a diferenciar el grado de quemadura, detectar complicaciones y definir tratamientos adecuados. A medida que pasa el tiempo se va perfeccionando la práctica, lo que hace de este aprendizaje algo muy enriquecedor que se adquiere lentamente, dependiendo del empeño de cada persona.

“Se aprende mucho haciendo, metiéndose uno a hacer las curaciones, viendo mucho los pacientes” E3MF.

“Ya soy tranquila, yo hago la curación como pueda, ya no me da susto, ya uno va adquiriendo como ese ojo clínico pues que uno dice, este muchacho va muy bien, este muchacho no va tan bien. Aquí yo creo que ya se va adquiriendo la habilidad de las curaciones, yo pienso que eso es fundamental” E8TJ.

“El proceso de aprendizaje como tal depende del empeño que le coloque (sic.) cada enfermera” E6ME.

En la unidad de quemados es indispensable aprender de heridas y de tejidos, lo cual se logra con las curaciones diarias ya que no se encuentra documentado en los libros. Por eso, es necesario conocer las nuevas tecnologías o tópicos que se utilizan y estar capacitado en grandes heridas y pacientes quemados complejos. También se debe aprender sobre técnicas para realizar curaciones, tipos de vendajes, cómo se venda para que quede funcional y cómodo, enseñar la técnica de vendaje de la mano dedo por dedo, con vendajes a la medida del niño. Para los participantes aprender a realizar vendajes es aprender un arte, es volverse una confeccionadora de vestidos.

“Hay que aprender muchísimo de heridas y sobre las nuevas tecnologías o tópicos que se usan para el manejo de éstas” E1PA.

“En la unidad de quemados tú vas aprendiendo de tejidos pero eso no te lo dicen los libros, hay bastante literaturas de quemados, pero tú ya eso de los tejidos lo aprendes en el día a día haciendo curaciones” E18ESB.

“Hay como cierta técnica para realizar una curación, hay que saber cómo se utiliza un vendaje, qué tipo de vendaje se utiliza según la quemadura y la extremidad, si es en la cara que se debe hacer para que quede algo funcional” E5YH.

4.4.3 Aprendiendo de la quemadura: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Estado o evolución de las quemaduras
- Clasificación de las quemaduras
- Tipo de quemadura: fricción, electricidad, agresión, violencia e intento suicida.
- Quemaduras en áreas especiales
- Medicamentos para las quemaduras
- Recuperación de la quemadura
- Complicación de una quemadura
- Manejo conservador
- Al principio, difícil identificar la quemadura.

La quemadura es una lesión en el órgano más grande de nuestro cuerpo, la piel, y se produce por múltiples agentes etiológicos, como llama secundaria a gases volátiles como el alcohol o el gas propano; fricción secundaria a los accidentes de tránsito; por pólvora; por ácidos cuando existen violencia intrafamiliar o agresión física; secundario a intentos suicidas; por electricidad; por explosiones con minas antipersonas y por líquidos hirviendo como el agua o el aceite.

“Una quemadura es una lesión en piel causada por diversos factores como líquidos calientes, químicos, llama, electricidad, contacto, fricción y pólvora” O5.

“Acá nos llegan pacientes quemados por diferentes causas, también tenemos los pacientes que ingresen con intento suicida, o por una agresión de la misma familia o allegados” E5YH.

Las quemaduras se clasifican en I Grado cuando afectan la primera capa de la piel, son dolorosas pero sanan por sí solas, no dejan cicatriz y son las ocasionadas por el sol; en II Grado y a su vez en superficiales caracterizadas por producir ampollas, ser dolorosas y de un color rosado fuerte, producen exudado y sana de 1 a 2 semanas, no dejan cicatriz pero si mancha por lo que hay que protegerlas del sol y de la luz artificial; II Grado profundo son muy dolorosas, con piel blanquecina, sanan de 2 a 3 semanas, requieren injerto de piel y dejan cicatriz por lo que requiere de elásticos y silicona; finalmente, las III Grado las cuales no sanan solas, dejan cicatrices y requieren injertos de piel, requieren de elásticos y silicona, por tanto su estancia hospitalaria es prolongada. Cuando la quemadura está infectada se caracteriza por tener un olor fuerte, desagradable y unos vendajes sucios de un exudado lechoso o verdoso. Al principio es difícil clasificar la quemadura, especialmente del II Grado superficial a profundo ya que al cabo de un número indeterminado de curaciones se delimita la quemadura.

“Una quemadura se clasifica en grado I cuando es ocasionada por el sol, primera capa de la piel, roja, dolorosa y sana sola. Grado II superficial son dolorosas con ampollas, se ven con un rosado fuerte, sale agua de la piel y sana de 1 a 2 semanas, no dejan cicatriz, pero si mancha por lo que hay que protegerlos del sol y de la luz artificial. Grado II profundo son muy dolorosas, piel blanquecina, sanan de 2 a 3 semanas, requieren injerto de piel y dejan cicatriz por lo que requiere de elásticos y silicona. Grado III no sanan solas, dejan cicatrices y requieren injertos de piel, requieren de elásticos y silicona, la estancia hospitalaria es prolongada. Las quemaduras infectadas huelen feo, vendajes sucios” O5.

“Al principio es muy difícil poder identificar una quemadura de II grado superficial o profunda, una quemadura de III grado que necesite desbridamiento o una quemadura que necesite de algún injerto de piel” E2LM.

Según la localización de la quemadura varía la complejidad y la gravedad de ésta. Se consideran como áreas especiales la cara, el cuello, las palmas, las plantas, los genitales y los pliegues, así la quemadura sea de pequeño porcentaje pues las consecuencias y complicaciones que pueden dejar en dichas zonas son graves. Los pacientes se manejan intrahospitalariamente.

“Se hospitalizan también aquellos pacientes que hayan tenido quemaduras en áreas especiales, como la cara, los miembros superiores, los miembros inferiores y los genitales y que comprometan algún pliegue como las manos y los pies” E2LM.

Por la fisiopatología de la quemadura se pueden presentar múltiples complicaciones ya que produce edema y por tanto aumento de la presión en los vasos sanguíneos y las terminaciones nerviosas lo que puede provocar obstrucción del flujo sanguíneo e isquemia de la zona afectada. Además, se pueden producir alteraciones hidroelectrolíticas, renales, coagulopatías o discrasias sanguíneas que propician la aparición de trombosis venosas, sepsis y hasta la muerte. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos las contracturas y la cicatriz queloide que propician la formación de bridas e imposibilidad de conservar la movilidad y funcionalidad de la articulación, y la infección de las heridas. Es importante que la enfermera profesional conozca acerca de la fisiopatología y las posibles complicaciones con sus respectivas manifestaciones y factores que propicien la aparición para así detectar a tiempo el deterioro clínico de la persona y disminuir consecuencias adversas en el estado de salud del paciente.

“Puede aumentar el edema y la presión en los vasos sanguíneos pequeños y los nervios de las extremidades distales, lo que puede provocar obstrucción del flujo sanguíneo e isquemia” E6ME.

“En la quemadura no solo importa su afectación física externa sino también los trastornos internos que ocasiona como trastorno hidroelectrolítico, etc. Cuando los niños no se mueven o no se les hace terapia se les comienzan a formar unos cordones o unas bridas que pegan la articulación” O5.

“Es necesario saber de las complicaciones porque no solo es mirar la parte física de la quemadura sino también mirar la parte renal, las coagulopatías, la parte sanguínea del paciente. Están los pacientes que llegan con quemaduras muy pequeñas, leves no tan graves pero que desafortunadamente por complicaciones infecciosas, renales o por sepsis el paciente fallece. Sería como muy bueno aprender a mirar las complicaciones, a medida que uno está en la sala reconoce las trombosis venosas profundas, uno comienza a mirar fallas renales, las discrasias sanguíneas, pero sería bueno que la enfermera tenga un poco de más entrenamiento en esa parte, en los signos y síntomas que uno puede tener como en alerta antes de que se presenten que uno vaya teniendo como esa pericia en conocer más acerca de las dificultades o complicaciones que el paciente quemado pueda tener, porque hay pacientes que están muy estables y se complican” E9NG.

Los medicamentos más comunes para el tratamiento de las quemaduras son la sulfadiazina de plata y la nitrofurazona, aunque en ocasiones se utilizan apósitos avanzados como la hidrofibra con plata para ayudar a controlar la infección. Por otra parte, la dosis de medicación se debe duplicar ya que el exudado de la piel desecha gran parte de esta, por esta razón la dosis de antibióticos se debe modificar con respecto a una persona que tiene la piel íntegra y la analgesia alcanza a triplicar la dosis efectiva de la persona sin lesiones en la piel. El tipo de tratamiento utilizado en la unidad de quemados se considera conservador al no utilizar nuevas tecnologías y seguir en la modalidad de cremas tópicas ya que durante el tiempo de servicio la mayoría de los pacientes egresan aliviados y sin complicaciones inmediatas. Sin embargo, hoy día hay gran cantidad de nuevos apósitos y tecnologías que pueden acortar el tiempo de hospitalización y los efectos indeseables en el paciente como el dolor por la frecuente realización de la curación y procedimientos quirúrgicos. Además, se considera conservador cuando la persona no acepta la realización de injertos de piel y prefiere continuar con solo curaciones hasta que cicatrice su lesión por completo.

“El protocolo de la institución menciona más la sulfadiazina de plata y la nitrofurazona y es lo que realmente más utilizamos, pero también utilizamos otros tipos de apósitos como... los más utilizados serían la hidrofibra” E5YH.

“Los pacientes quemados pierden los medicamentos por su exudado, entonces los antibióticos tienen que ser el doble de lo que tú le pasas a uno normal. A uno normal tú le pones 1 gramo y a ellos toca ponerle 2 gramos por que un gramo se va perdiendo por el exudado y no va hacer niveles plasmático porque el plasma se le está saliendo, entonces ahí es en donde se está perdiendo el medicamento e igual que la morfina” E11LO.

“La unidad debería actualizarse y buscar otras oportunidades de tratamiento al paciente quemado que incluso se ofrecen en otras partes porque yo conozco de otros tratamientos. Aquí en la unidad de quemados de Medellín nos quedamos con la nitrofurazona y la sulfadiazina de plata, esta sala con la experiencia se ha dado cuenta que el paciente si sale y si funciona” E9NG.

“Hemos tenido pacientes que no aceptan el injerto y ya en ese caso se haría un manejo conservador que es mucho más lento y es esperar a que la quemadura sane por sí sola pues con los apósitos y las cremas y todo lo que utilizamos” E5YH.

La evolución de la quemadura se determina a partir de la observación y comparación constante de la herida, lo que está a cargo de la enfermera jefe y el cirujano plástico. Según la evolución de la quemadura se define el tratamiento o paso a seguir para su recuperación como la realización del injerto de piel. Cuando ni la enfermera ni el cirujano plástico se encuentran presentes, las auxiliares tienen la indicación de tomar fotografías para constatar mediante imágenes la evolución de las quemaduras. La recuperación es un proceso largo que en ocasiones requiere de reingresos hospitalarios pero durante su estadía se procura instaurar el mejor tratamiento para propiciar su adecuada y pronta recuperación. En paciente gran quemado es necesaria una adecuada suplencia nutricional para garantizar el proceso de cicatrización de las quemaduras.

“Tanto el cirujano como la enfermera jefe debe valorar el paciente para mirar cómo va la evolución y también para dar una indicación si el paciente es candidato para iniciar ya nitrofurazona o si el paciente ya se podría pensar en un injerto” E5YH.

4.4.4. Conocimiento y práctica del paciente quemado: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Bases teóricas claras
- Poner la teoría en práctica
- Quehacer con fundamento teórico
- Saberes
- Uno de quemaduras no sabe nada (pregrado)
- Solicitud de tener la teoría de quemados
- Transmitir el conocimiento a otras enfermeras y hospitales
- Desconocimiento en enfermería
- Sin limitaciones en el conocimiento
- Investigar para generar conocimiento
- Aportar desde lo teórico y la actualización
- Guía de manejo del paciente quemado

El profesional de enfermería debe ejercer su cuidado con fundamento teórico, saber el porqué de cada cosa que se implementa y ejecuta en relación con el cuidado del paciente quemado. Por consiguiente, no se deben realizar las cosas mecánicamente a pesar de que hay múltiples acciones que no se encuentran documentadas en la literatura. Por esto, es indispensable la continua actualización por parte de la enfermera para así obtener mejores resultados. Infortunadamente, sobre quemados no se encuentra una oferta amplia de cursos y diplomados, los pocos que incluyen el tema para Enfermería son de heridas en general, por lo tanto, no se profundiza y se queda en una revisión somera. En enfermería es necesario investigar con respecto al paciente quemado ya que es poca la información relacionada de la disciplina sobre este asunto, pero dicha investigación se debe publicar y socializar con otras enfermeras e instituciones de salud.

“Nosotras sabemos porque se está haciendo algo, por qué no se debe hacer una cosa y por qué se debe hacer otra. Sabemos por qué hay que hacerlo, por qué hay que limpiar la herida, por qué cambiar el vendaje, por qué le voy a aplicar una crema y no otra” E3MF.

“En los 24 años que llevo aquí han sido muchas, muchas, muchas cosas que uno hace y que ve que han dado resultado pero que usted en la literatura no las encuentra” E4DC.

“Aprendí con la práctica y estudiando, cuando empecé aquí era muy juiciosa estudiando y buscando artículos” E8TJ.

“Si nosotras como enfermeras nos ponemos las pilas a investigar a mirar qué más podemos hacer por el paciente podríamos lograr grandes cosas” E2LM.

“La enfermera tiene un aporte más científico más investigativo más profundo de lo que es el manejo del paciente. Debemos actualizarnos y pienso que ahora hay mucha tecnología

muchos apósitos nuevos, muchas cosas que incluso se podría estudiar y traer acá y probar en los pacientes porque ha sido beneficioso en otros lugares” E9NG.

Es necesario implementar más jornadas académicas de capacitación con respecto al paciente quemado e incluso las participantes solicitan la teoría sobre el tema durante el pregrado, ya que cuando uno ingresa a las unidades de quemados no se sabe nada. Esto se debe, en primer lugar, debido a las pocas oportunidades de entrar en contacto durante las prácticas con este tipo de paciente y, en segundo lugar, la poca relevancia que se le da pues la población cree que estos casos no son frecuentes y lo consideran una situación ajena a la mayoría de los escenarios de atención en salud.

“Realmente los congresos y foros que realizan ahora son buenos, pero deberían ser más seguidos. Si de pronto hay posibilidades de que se pueda dictar en la cátedra de enfermería para las próximas generaciones algo de quemaduras es muy interesante” E18ESB.

“Desde el enfoque que a uno le dan en la universidad, en formación en academia es algo muy pobre en conocimiento y en la parte de la experiencia que nosotros podamos tener. Es algo totalmente ausente en la parte de la formación del profesional, se viene a adquirir y a aprender ya estando pues acá en el hospital” E5YH.

“Uno piensa que pacientes quemados no hay, entonces como no es una patología tan conocida entonces no se hace énfasis en aprender, en conocer, en estudiar acerca del paciente quemado y eso se muestra incluso en las pocas unidades que hay en el país” E9NG.

Es necesario conocer muy bien acerca del paciente quemado porque este puede llegar en cualquier momento a una institución de salud, la que está en la obligación de atenderlo así no se cuente con los recursos. De otro lado, las especializaciones en heridas tampoco incluyen la práctica con estos pacientes razón por la que tuvieron que solicitar la rotación por estas unidades. La falta de interés se presenta por el desconocimiento, pero es preciso aprender acerca de este tipo de paciente ya que su recuperación y adecuada atención depende en gran parte de Enfermería. Sus profesionales deben tener unas bases teóricas claras cuando laboran en las unidades de quemados ya que así se facilita la ejecución de los cuidados. Por ello, conocer acerca de heridas es fundamental para orientar el tratamiento y contribuir a la recuperación.

“Al menos hay que saber cómo es el manejo del paciente quemado, los grados de quemadura, los cuidados de la piel, todas esas cosas” E10LC.

“Yo pienso que de esto debería haber, aunque fuera un diplomado porque yo digo que la gente no tiene la actitud frente al paciente quemado es porque le falta conocimiento, entonces la gente aprende lo poquito que aprende en los cursos” E4DC.

“Lo primordial es tener unos fundamentos, unas bases o una teoría muy clara de lo que es el paciente quemado. Hay que tener claro su parte teórica. Si uno no tiene claro la parte teórica del paciente quemado difícilmente vamos a poder lograr brindar un buen cuidado a este paciente” E2LM.

En las universidades dan un abrebocas acerca del tema, no hay formación con relación a esta patología; esta se adquiere en el hospital. Dicho desconocimiento se presenta en todas las disciplinas, lo que se demuestra a partir de la mala reanimación hídrica, el mal cálculo de superficie corporal total quemada e inadecuada curación de las heridas.

“En la universidad a uno le dan un abrebocas de lo que es el paciente quemado. Si bien en la universidad fue como un abrebocas de lo que son las quemaduras, los grados, la profundidad” E2LM.

El desconocimiento en el personal de salud, especialmente de las enfermeras, es secundario frente a las pocas unidades de quemados en el país y la falta de capacitación por las instituciones especializadas. Como el contacto con el paciente quemado es poco frecuente, los profesionales no se preocupan por adquirir esos conocimientos, o no se interesa por perfeccionarlos, por mejorar las técnicas o por leer un poco acerca del tema. Un saber es aquel conocimiento teórico que se depura con la práctica. En este sentido, es necesario observar lo que se refleja en la teoría para tener una mejor comprensión del fenómeno.

“Como es tan poco el contacto con el paciente quemado uno se preocupa menos por adquirir esos conocimientos o se interesa menos por perfeccionar o por mejorar las técnicas, o por leer un poco acerca del tema. El personal de enfermería se interesa muy poco en el manejo de esos pacientes, yo creo que es más desinterés, es más que la gente no le muestra la importancia, no le pone el entusiasmo que se debe. Como le había dicho ya antes, a mí me parece que el personal de enfermería es muy mediocre en cuanto al cuidado del paciente quemado, porque realmente uno ve que hay deficiencias en todos los aspectos como en la curación como en el manejo de la parte de hidratación del paciente” E19FF.

Los pacientes remitidos llegan muy mal cuidados como consecuencia de la falta de recursos o del desconocimiento en su manejo, principalmente en la parte de las curaciones: pacientes llenos de flictenas, sin desbridar, con las heridas descubiertas, lo que se considera como una gran deficiencia en el personal de enfermería.

“Aquí llegan muchos pacientes desde otras partes muy mal cuidados, pero por el desconocimiento” E2LM.

“Lo que falta es que el personal de enfermería se interese más y le vea la real importancia a esto, no le estamos como poniendo la importancia que se necesita. Llegan pacientes con deficiencias de líquidos, (...) con curaciones pésimas, (...) llenos de flictenas, (...) sin siquiera cubrir las heridas, sin desbridar, las curaciones realmente son muy muy malas, yo pienso que es una gran deficiencia del personal de enfermería” E19FF.

4.5 Experiencia vivida por la enfermera: esta subcategoría se compone de los siguientes códigos.

- Gratificante la mejoría del paciente
- Motivación
- Tener expectativas y sentir temor
- Reto personal: cogiendo callo
- Resultado del cuidado en equipo, sintiendo felicidad por los resultados
- Disfrutar el trabajo

- Satisfacción
- Brindar ayuda
- Interacción
- Teniendo sensibilidad humana
- Difícil diferenciar lo profesional de lo personal
- Integración del personal
- Insatisfacción
- Afectación emocional
- No dejarlos morir, triste el fallecimiento
- Muy duro trabajar con niños
- Sentir angustia y miedo

Para una enfermera Trabajar con pacientes quemados es sinónimo de afectación emocional pues considera que es un ser vulnerable y con múltiples problemáticas. La enfermera debe aprender a diferenciar lo laboral de lo personal para no afectar la vida familiar. Al principio es difícil lograr separar estas dos facetas, pero se convierte en un reto personal porque a medida que interactúas con este tipo de paciente comienza a querer y a disfrutar su trabajo.

“Uno no se puede desvincular de la parte emocional con esos pacientes, eso lo lleva afectar a uno, es muy difícil decir que eso a uno no lo afecta emocionalmente porque son seres humanos que sienten” E2LM.

“Aquí está el trabajo y aquí está el hogar, una cosa no nos puede interferir en la otra, entonces lo más difícil que me pareció fue manejar eso, decir “hasta aquí llegó mi turno me voy a mi casa y ya, voy a comer tranquila, a compartir con mi familia y ya no voy a pensar más en el trabajo” E1PA.

“Me parece difícil interactuar con ellos al principio cuando llegan, porque cuando ingresan están con dolor, se sienten angustiados y estresados” E3MF.

“Amo mis quemados, me gusta mucho trabajar con ellos y aprendí a quererlos, a conocerlos y a disfrutar mi trabajo con ellos” E1PA.

Es importante conservar esa sensibilidad humana que caracteriza a la enfermera y estar siempre dispuesto a trabajar en equipo y a ayudar al paciente en el momento que lo necesite. Es muy satisfactoria y gratificante la mejoría del paciente pues a medida que se ve evolucionar adecuadamente la persona surge una motivación para seguir en pie de lucha. Son múltiples las expectativas que uno se crea con los pacientes de la unidad de quemados desde que ingresan, pero su evolución genera angustia y temor por los obstáculos que se presentan a lo largo del proceso de recuperación. Cuando los pacientes se recuperan es un resultado del trabajo en equipo que genera felicidad y satisfacción por la ayuda brindada.

“Uno nunca puede perder la sensibilidad como ser humano y como persona... el proceso de recuperación le ayuda a uno a motivarse más, a aprender, a mirar y a buscar posibilidades” E1PA.

“Lo que más me gusta es ver que el paciente sale, que sale funcional y que son pacientes muy agradecidos” E4DC.

“A nosotras nos provocó llorar y abrazarlo, fue algo tan bonito verlo ya hacer sus cosas con sus manos, ya él trabaja y es funcional. Fue una experiencia que marcó mi vida, fue rico haber hecho parte de la recuperación de este paciente y haber participado en su vida para que esté como está ahora, y todo gracias al cuidado de enfermería, de los médicos, de la terapia física y a sus ganas” EIPA.

No en todos los momentos se experimentan sentimientos agradables, también hay momentos de insatisfacción, ya que trabajar con niños es duro por el llanto, el miedo, la angustia y el dolor que sienten o cuando se lucha por un paciente delicado para no dejarlo morir y que al final todo esfuerzo fue en vano; sucesos que contribuyen a esa afectación emocional que la enfermera experimenta.

“Es muy duro ver sufrir un niño, es muy duro verlos pasar por todo eso, encontrarlos tan quemados. Cuando los destapan y los hacen sin sedación, me duele en el alma” E8TJ.

“Cuando son pacientes que llevan mucho tiempo acá y que por sus quemaduras no logramos sacarlos adelante y fallecen es lo más triste” E2LM.

5. DISCUSIÓN

5.1 Trabajar en un contexto diferente

Los participantes consideran la unidad de quemados como un lugar diferente de trabajo en contraste a la unidad de hospitalización, puesto que requiere de un equipo multidisciplinario para el cuidado, recuperación y rehabilitación de los pacientes. El personal que labora allí precisa de atributos especiales para el cuidado. Esta categoría la componen las siguientes subcategorías:

5.1.1. Características de la unidad de quemados

Como lo expresan los participantes, trabajar en esta unidad es un privilegio y una oportunidad, puesto que el país cuenta con pocas unidades y la oportunidad de trabajar con estos pacientes es limitada a pesar de que se presentan en gran proporción personas con quemaduras. Así lo relaciona Carlos Ramírez (82), al referir que al ser Colombia un país en vía de desarrollo tiene una gran barrera para tratar las quemaduras, pues las unidades disponibles son escasas. El Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga tiene la única unidad especializada en el manejo del paciente quemado de todo el nororiente del país incluyendo los departamentos de Cesar (zona sur), Norte de Santander, Arauca, Bolívar (zona sur), Magdalena, Boyacá y Antioquia (zona este) (82). De igual forma, la Unidad de Quemados del Hospital Universitario San Vicente, en Medellín, tiene uno de los pabellones de alta especialidad del país y, por lo general, los pacientes son remitidos del área de influencia y de los departamentos vecinos, por lo que ambos sirven como centros de referencia para todos los casos de quemaduras severas de dichas regiones (83).

En su planta física, cuenta con camas intercambiables para adultos y niños, salas de procedimientos, habitaciones para aislamiento, sala multipropósito y todos los servicios pensados para la comodidad del paciente y del personal asistencial (83). Asimismo, la unidad cuenta con cuartos de curación con bañeras de hidroterapia, sistema de aire acondicionado específico, bandas, compresas, vendajes, equipos básicos de instrumental y dermatómos manuales, para hacer las escarotomías o desbridamientos (84).

Los participantes describieron las estadías hospitalarias de los pacientes como muy prolongadas, por lo que la posibilidad de cama es difícil de encontrar. Así, la OMS (85) refiere que las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada. Según las estadísticas del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF), el promedio de estancia oscila entre dieciséis y dieciocho días, una cifra similar a la de la mayoría de las unidades de quemados avanzadas en el mundo (84).

Marco A. Hoyos (84) comenta que a menudo, en el momento de la remisión, no hay camas disponibles en la unidad, por lo que estos pacientes son manejados en sitios periféricos u hospitales regionales, y cuando ya están más estables o se cuenta con camas se trasladan a la

unidad. Esporádicamente, algunos llegan en estados tardíos, y solo para recibir el manejo quirúrgico de cobertura, que no es lo ideal.

Según los participantes, la unidad de quemados tiene una alta ocupación durante todo el año. También lo relaciona Cristian Arriagada (42) al decir que la unidad recibe pacientes quemados graves de todo el país, por lo que mantiene una alta ocupación, cercana al 97% pues las quemaduras ocurren durante todo el año (84).

Al comparar los resultados de este estudio con los resultados descritos en la literatura especializada, se encuentra que, al igual que lo expuesto por Myers Trisha, (38) las enfermeras que brindan atención a pacientes en centros de quemaduras trabajan en una práctica especializada que está fuera del ámbito de la atención primaria. Los centros de quemaduras son contextos de atención especializada, y como tales, brindan a la enfermera la oportunidad de definir y perfeccionar sus roles y hacer contribuciones sustanciales a los pacientes y la comunidad de quemaduras en general.

5.1.2 Atributos para trabajar en la unidad de quemados

Para los participantes, la enfermera que trabaja en una unidad de quemados debe ser fuerte y separar lo laboral de lo personal. De la misma manera lo expresa Wallace (86) en su estudio al decir que la enfermera requiere dureza mental y física al estar al frente del cuidado del paciente quemado.

De igual forma, los participantes expresaron que las enfermeras deben tener buena actitud, ser organizadas, demostrar conocimiento y ganas, ser empáticas, pacientes y tolerantes, además debe tener vocación y amar la profesión. Así mismo lo expone Molano Pirazan (87) al referir que la enfermera que cuida debe tener un cuerpo de conocimiento formal y vivencial, sumado a esto requiere de su manifestación como persona, única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Lo anterior permite precisar que el enfermero que cuida debe tener: conocimiento, compromiso, ética, arte de intuición y la aceptación del otro.

Según Swanson, el compromiso de cuidado de la profesión lleva implícito la preservación de la dignidad humana y acrecentar el bienestar para todos. Es decir, que el compromiso es concebido como un sentimiento, que lleva implícito la conexión y la pasión (87). El enfermero cuida con respeto y dignidad, acepta que la persona a quien cuida también se desenvuelve en un contexto espiritual que le permite el bienestar físico y emocional (87).

Cuando se da el proceso de aceptación del otro, se ve al ser humano más allá del "paciente". Esto demuestra, que la aceptación es una característica de la persona que cuida y, a su vez, se considera de gran magnitud y alcance cuando es ejercida en el desempeño profesional (87).

Enfermería, en su interés por confirmar la dignidad del paciente y apoyado en la idea de que aquellos bajo su cuidado son intrínsecamente valiosos y preciosos como seres humanos, reconoce lo que estos verbalizan con relación al ejercicio del cuidado que realiza enfermería. Esta preocupación acerca de cómo las personas que cuidan visualizan el cuidado, se transforma en el mundo fundamental para la enfermería, ya que, de esta forma, muestra la aceptación del otro (87).

5.1.3 Vivir y convivir en la unidad de quemados

Según los participantes, el paciente quemado contempla múltiples problemáticas y requiere de un proceso de adaptación complejo al ingresar a la unidad, ocasionando un desequilibrio psicológico. Como sus estadías hospitalarias son tan prolongadas se afianzan lazos de amistad que ayudan a aliviar todos esos sentimientos negativos que experimentan luego del incidente, lo que le permite llegar a un estado de aceptación y agradecimiento hacia el personal de salud que lo atiende. Así lo describe Shepherd and Bejum (88) en su estudio al referir que estos pacientes a menudo tienen que adaptarse a lo inesperado, cambios permanentes en la apariencia. Esto puede conducir a una angustia psicológica relacionada con la apariencia alterada que permanece mucho después de que ocurra la recuperación física: trastorno psicológico asociado con cambios en el aspecto y que puede relacionarse con valoraciones negativas sobre el yo, y compararse a sí mismo antes de la lesión.

Para Villalobos (38), el quemado tiene que luchar contra la molestia física inicial y con el dolor, además de los problemas psicológicos inmediatos y tardíos, como delirios y depresión por su imagen corporal alterada. La persona que sufre quemaduras y es hospitalizada vive de manera súbita un cambio especialmente complejo en sus patrones de vida, pasando a un estado de angustia, pérdida de autonomía, dependencia, enajenación, dolor, expectativa ante la desfiguración, aislamiento, soledad, mal olor. En su mundo emocional puede vivir sentimientos de rabia, temor, ansiedad, frustración, tristeza, abandono, resentimiento, culpa, colocándolo en una posición de mayor vulnerabilidad física y emocional con respecto a otro tipo de pacientes.

Según Campo Meschial and Felix de Oliveira (39) las quemaduras pueden provocar discapacidad, angustia psicológica y desfiguración, lo que da como resultado un periodo de recuperación más largo. Precisamente, Scherrer (89) refiere que muchos pacientes tienden a tener expectativas poco realistas del proceso de curación de las cicatrices en el que se combinan los sentimientos de esperanza con las expectativas de la vida real. Las cicatrices psicológicas visibles e invisibles son de larga duración y a menudo conducen a una discapacidad crónica (41).

Al igual que en el estudio de Scherrer los efectos psicológicos de las quemaduras en pacientes están bien establecidos. Más del 50% de los pacientes tienen síntomas de estrés postraumático y alrededor de la mitad de los padres también muestran síntomas (89).

Para los participantes, uno de los sentimientos negativos que experimentan los pacientes y familiares en mayor medida es la culpa por la ocurrencia del evento principalmente en pacientes pediátricos, tal y como lo describe Bayuo and Agbenorku (90) al referir que la culpa de las madres es el tema más destacado porque usualmente se culpan por la quemadura del niño. La culpa y autculpa de los padres se debe a las preocupaciones sobre el futuro de su hijo y al estigma asociado con las cicatrices de la quemadura (90).

A su vez, Bayuo and Agbenorku (90) expresan que es importante abordar las necesidades de los miembros de la familia de los pacientes quemados (especialmente los padres de pacientes pediátricos) para disminuir la morbilidad psicológica. Igualmente lo afirma Scherrer (89) en el cuidado de quemaduras pediátricas, la familia puede estar en crisis debido a la lesión de un niño dentro de su unidad familiar.

5.1.4 Personal o equipo de trabajo de la unidad de quemados

El manejo de las quemaduras puede representar la especialidad quirúrgica con mayor integración de profesionales de la salud. Esto ha ocurrido como consecuencia de la naturaleza compleja de la lesión que necesita una variedad de habilidades (82).

El paciente quemado constituye actualmente uno de los escenarios médico-quirúrgicos más complejos e involucra la participación de múltiples especialidades. La complejidad de estos pacientes no permite que sean tratados por un solo especialista en forma eficiente, por lo que se requiere de un equipo multidisciplinario que permita la integración de los conocimientos y experiencia de múltiples expertos en la materia. (42) Así lo exponen Muhammmad and Sakran Abass (41), al manifestar que la atención requiere un enfoque multidisciplinar que aborde todos los problemas que enfrentan estos pacientes, ya que no solo implica atención médica, sino también una evaluación psicológica de la víctima y la familia entre muchas otras dimensiones. Por consiguiente, un cuidado óptimo requiere un enfoque multidisciplinario y sus resultados positivos dependen de la composición del equipo de atención de quemaduras y de la estrecha colaboración entre sus miembros. Es así como el esfuerzo de los equipos de quemados mejora en lo posible las tasas de supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes. (82).

El equipo tratante ha debido evolucionar para mantenerse eficiente, incorporando nuevos integrantes con habilidades y conocimientos diversos que permitan optimizar la calidad de atención, asumiendo el desafío de mejorar no solo la vida de nuestros pacientes, sino que también la calidad de esta (42).

Los centros de quemaduras funcionan de manera productiva y más eficiente a partir de equipos bien organizados, multifacéticos y centrados en áreas de atención clínica e investigación (82).

El equipo multidisciplinario en el quemado implica la consideración de todos los aspectos del paciente en la toma de decisiones. Al considerar los potenciales efectos y consecuencias de las decisiones, toda vez que mediante la coordinación de los miembros del equipo se logrará entregar la mejor calidad de atención desde todos los ámbitos del cuidado (42).

Los participantes de la presente investigación manifestaron que la unidad de quemados dispone de un equipo de trabajo multidisciplinario y un manejo interdisciplinar conformado por personal de enfermería, cirujano plástico, fisiatra, nutricionistas, psicólogos, trabajador social, terapeutas físicos y ocupacionales, y otras especialidades por interconsulta. Sin embargo, de todos estos miembros, los participantes refirieron que la enfermera es el eje central o articulador de la unidad, a diferencia de lo que expone Arriagada (42) en su estudio al decir que el líder generalmente es un cirujano con experiencia en el área y con capacidades de administración aunque el rol también ha recaído en enfermeras clínicas entrenadas para coordinar el trabajo multidisciplinario.

De igual forma, Ramírez CE (82) en su estudio refiere que el equipo multidisciplinario está conformado por un líder que generalmente es el cirujano plástico, médicos internistas, anesthesiólogos, enfermería, terapia ocupacional y física, fonoaudiología, salud mental y trabajadora social.

Pero Greenfield (37) respalda los resultados de la presente investigación al referir que el centro del equipo es la enfermera, la coordinadora de todas las actividades de atención al paciente quemado. Asimismo, afirma que la complejidad y la participación multidisciplinaria del mismo paciente demanda de la enfermera un conocimiento amplio, técnicas de cuidados críticos, estudios diagnósticos y habilidades de rehabilitación y psicosociales. (37)

Las enfermeras conforman el segmento más amplio de la unidad, proveyendo una atención continua y coordinada al paciente. Son las responsables de ejecutar y supervisar el plan de atención de las personas a su cargo (42).

El quemado representa un paciente desafiante en el plano médico, psicológico y social, que debe ser tratado en forma holística desde su ingreso hasta su rehabilitación y posterior reintegro social. El progreso en el afrontamiento, tratamiento y sobrevida de estos pacientes está relacionado con el desarrollo de unidades especializadas para su tratamiento y el funcionamiento de equipos multidisciplinarios. El desafío actual está en reforzar estos equipos para permitir la atención oportuna de sus necesidades, lo que tiene un impacto no solo en la sobrevida sino en la calidad de esta y en la capacidad de reintegrarse a la sociedad en su nueva condición (42).

5.1.5 Cirujano plástico

Los participantes describen al cirujano plástico como aquel que valora inicialmente al paciente, quien pasa ronda diariamente para valorar la evolución de la quemadura, evidenciar zonas que no cicatricen y definir la necesidad de una intervención quirúrgica. Wallace (86),

en su estudio, afirma que el cirujano puede salvar la vida del paciente al mejorar la apariencia y su función en su intervención quirúrgica al eliminar el tejido quemado y desvitalizado.

Además, Wallace (86) refiere que, para los pacientes con quemaduras, el día de la cirugía puede llevar horas o hasta días e incluso semanas después de la lesión inicial. Con procedimientos reconstructivos o de cicatrización el viaje quirúrgico del paciente puede no finalizar hasta años después de la quemadura.

5.1.6 Funciones y/o actividades de la auxiliar de enfermería

Según las participantes, las funciones del auxiliar de enfermería se dividen en el cuidado integral del paciente (proporcionar bienestar, satisfacer las necesidades, administrar medicamentos, tomar signos vitales, etc.) y la realización de curaciones sin sedación y ambulatorios bajo la supervisión del enfermero profesional, tal y como lo plantea Renata Rocha y Abreu Freitas (91) en su estudio al referir que los auxiliares de enfermería ejecutan todos los cuidados prescritos para el paciente, además de los cuidados rutinarios básicos. No obstante, en caso de que el cuidado prescrito sea incompatible con el cuadro actual del paciente, el auxiliar deberá comunicarlo al enfermero y registrar lo ocurrido en la evaluación de enfermería.

Según el ministerio de la protección social (92) el perfil del auxiliar de enfermería es altamente específico, las actividades ligadas al proceso de diagnóstico y tratamiento son preponderantes, a su vez, desarrolla algunas acciones de tipo logístico. Su intervención en procesos administrativos y de manejo de recursos humanos es casi inexistente.

El perfil ocupacional del auxiliar de enfermería se concentra básicamente en 3 subfunciones específicas: apoyo en el tratamiento de los pacientes, apoyo en el diagnóstico de su estado de salud, y en la coordinación de sus actividades.

Estas son algunas de las competencias del auxiliar de enfermería descritas por el Ministerio de la Protección Social (92):

- Atender y orientar a las personas en relación con sus necesidades y expectativas
- Controlar las infecciones en los usuarios y su entorno
- Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según condiciones del usuario, asignación o delegación del profesional
- Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones.
- Administrar medicamentos según delegación
- Brindar atención integral al individuo y la familia con relación al ciclo vital de acuerdo con el contexto social, político, cultural
- Esterilizar productos y artículos de acuerdo con estándares de aseguramiento de la calidad.
- Cuidar integralmente al usuario en condiciones críticas de salud según su estado

Para Castrillón Agudelo, Orrego Sierra S, et al. (93) por las múltiples actividades administrativas que realiza el profesional de enfermería, el cuidado del paciente lo brinda el auxiliar de enfermería, pero bajo la supervisión del profesional tal y como se describe en los resultados de la presente investigación. Es decir, el personal auxiliar se identifica claramente con actividades referidas al cuidado directo de enfermería y el personal profesional con la administración de los servicios de enfermería (93).

5.2 Enfermera: eje central

De acuerdo con los participantes, el profesional de enfermería es el eje central y articulador de las demás disciplinas que intervienen en la unidad de quemados considerándose un “ser” fundamental para hacer que la unidad funcione en pro de una adecuada y pronta recuperación del paciente quemado. Además, es quien se encarga tanto de la gestión del servicio como del cuidado al intervenir y cumplir un rol esencial en la rehabilitación física, manejo del dolor, valoración continua del estado y proceso de cicatrización de la quemadura, realizar la curación, establecer objetivos y controlar o participar en las visitas de los pacientes.

5.2.1 Enfermera como eje central

Los participantes describieron a la enfermera como el eje central ya que articula cada proceso para que la unidad funcione, por ser quien lidera el servicio y coordina tanto lo administrativo como asistencial para facilitar la consecución de los objetivos. Además, está en mayor contacto con el paciente, lo percibe detalladamente y contempla todas las esferas biopsicosociales para satisfacer sus necesidades pues tiene un enfoque multidimensional. Así, identifica factores de riesgo y situaciones que requieren ser intervenidas, ve más allá de lo que logra ver el resto del equipo de trabajo y toma decisiones relevantes en la gestión del cuidado y del servicio.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, al igual que en el estudio de Greenfield, (37) las enfermeras juegan un papel importante en el manejo general de un paciente con quemaduras. Su objetivo es brindar atención centrada en el paciente a partir de la utilización un enfoque holístico (37). Además, por ser quien pasa más tiempo con el paciente, ella se encuentra en la mejor posición para monitorear el progreso, informar cambios y coordinar actividades con otros miembros del equipo. (37)

Hernández Vergel y Miranda Guerra (10) describen la enfermera como una persona con múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lo protege de factores de riesgo; es asesora y maestra de salud, coopera e interactúa con diversos profesionales del equipo de salud y actúa como vocera y defensora del paciente. No obstante, no hay evidencia científica.

Para Shepherd and Gegum, (88) la enfermera desempeña un papel especial por la importancia que su intervención tiene en la atención del paciente quemado; ella permanece todo el tiempo a su lado y puede apreciar mejor que otros miembros del equipo los cambios ocurridos durante su evolución tal y como se describe en la presente investigación.

La enfermera ocupa un lugar privilegiado dentro del equipo de salud, por cuanto permanece en contacto íntimo con el paciente y sus familiares durante el tiempo que dura el ingreso hospitalario y, en consecuencia, se convierte para ellos en la cara más visible del sistema hospitalario de atención de salud (88).

Myers Trisha refiere que la enfermera se dedica la mayor parte de su tiempo a la atención directa del paciente, lo que le permite establecer relaciones significativas y terapéuticas tanto con él como con sus familias. Por otro lado, los profesionales de enfermería son más hábiles para desarrollar un plan de gestión holístico, con enfoque en la interacción familiar, el medio ambiente, la respuesta a la enfermedad y las medidas de tratamiento que los mismos médicos.

5.2.2 Enfermera: gestión del cuidado y del servicio

Según los resultados de la presente investigación, las prácticas de la enfermera se relacionan con la gestión del cuidado y del servicio durante su turno en la unidad. Por una parte, la gestión del cuidado, según los participantes, se relaciona con el recibo y entrega de turno, la ronda de seguridad, reforzar el autocuidado del paciente y retroalimentar al personal auxiliar, además, se relaciona con la ejecución de procedimientos que implican técnica estéril incluyendo la realización y direccionamiento del proceso de curación, interactuar con el cirujano plástico para definir unos cuidados en conjunto, realizar una valoración diaria y diseñar un plan de cuidados de enfermería de acuerdo con el estado y necesidad de la persona y se encarga de los egresos hospitalarios para educar e interactuar con el paciente y su familia. Por otra parte, la gestión del servicio se relaciona con la distribución del personal auxiliar, verificación del cumplimiento de las actividades asignadas, realizar ronda de historias clínicas, actualizar kardex, verificar pendientes y gestionar nuevas órdenes médicas, como la realización de imágenes diagnósticas, interconsultas o exámenes de laboratorios, y solucionar las situaciones que vayan surgiendo durante el turno.

Al igual que en el estudio de Greenfield, (37) los planes de cuidados de enfermería son herramientas que ayudan a definir y refinar el papel de la enfermera en el cuidado de las quemaduras. A su vez, implica una evaluación del paciente para llegar a un diagnóstico, determinar unos objetivos, implementar un plan de acción y evaluar su respuesta. Además, plantea que la enfermera supervisa la atención total del paciente, coordinando actividades con otras disciplinas tales como terapia ocupacional y física, servicios sociales, servicios nutricionales y farmacia entre otros. A su vez, el paciente quemado plantea muchos desafíos para las enfermeras, incluida la gestión de múltiples condiciones comórbidas, control del

dolor, necesidades nutricionales terapéuticas, problemas psicosociales, manejo de cicatrices, descondicionamiento y educación durante el transcurso de la hospitalización.

Para Muhammmad Mussa and Sakran Abass (41) algunos cuidados importantes de enfermería son: evaluación del dolor, educación del paciente y familia, reconocer efectos secundarios de los analgésicos, evaluar el sistema respiratorio y proporcionar apoyo psicológico.

Al igual que lo expuesto por Myers Trischa, (38) los roles y actividades laborales de las enfermeras fueron diversos, incluyendo diferentes actividades, como: 1) Valorar el paciente, 2) Tomar pruebas diagnósticas y evaluar resultados, 3) Cuidar las heridas por quemaduras, 4) Actualizar la historia clínica del paciente, 5) Escribir órdenes y notas de evolución, 6) Admitir y dar de alta a los pacientes, 7) Ver los pacientes en ronda, 8) Colocar accesos centrales y realizar otros procedimientos estériles, 9) Ayudar con procedimientos quirúrgicos, 10) Proporcionar educación al paciente y personal, 11) Participar en actividades de investigación, 12) Participar en comités, 13) Administrar clínicas ambulatorias de quemados / heridas, y 14) Participar en programas de alcance comunitario.

Myers Trischa (38) también especifica que el impacto de una lesión por quemadura no solo afecta al paciente sino a toda la familia. En este sentido, las enfermeras profesionales que brindan cuidado tienen la oportunidad de garantizar la continuidad de la atención al convertirse en el principal punto de contacto con la familia en el contexto de la atención médica y al asumir un rol de administración de casos a lo largo de la hospitalización de cada paciente (38).

Parra LC y Cols. (94) refieren en su trabajo que las lesiones en niños por quemaduras no están previstas, razón por la que se trastornan los papeles en la familia, por tanto, el paciente y la familia necesitan información completa sobre cómo atender al paciente y el curso del tratamiento esperado. Es importante valorar la capacidad de todos para captar el contenido educativo y no proporcionar información que no puedan manejar. La educación del paciente y la familia es prioritaria en el proceso de recuperación.

La enfermera debe asegurar el aislamiento del paciente cuando esté indicado, brindar un cuidado meticuloso de las heridas y educar a los visitantes cuando lleguen a la unidad de quemados tal y como lo expresa Greenfield (37).

Bayuo and Agbenorku (90) refieren que el cuidado del paciente con quemaduras requiere la experiencia de diversas prácticas de cuidado de la salud. De hecho, muchos de los requisitos incluyen monitoreo fisiológico, mantener una nutrición adecuada y cuidado de la herida. En este sentido, para Scherrer (89) el papel de la enfermera es enseñar la técnica y frecuencia de aplicar la crema lubricante, educar al paciente sobre la importancia de evitar la exposición al sol y los tipos de protector solar que se pueden usar, compartir la experiencia de lidiar con picazón, quistes sebáceos, pelos encarnados, y ampollas, enfatizar los peligros potenciales de la sensibilidad de la piel y aprender a compensar y manejar las abrasiones de la piel en el hogar.

Al igual que en el estudio de Myers Trsicha, (38) las enfermeras sirven como punto de contacto para los pacientes y sus familias a lo largo de su hospitalización, así como para proporcionar una enseñanza significativa y orientación anticipada. También contribuyen a la sensibilización y educación sobre la prevención de quemaduras, promoviendo y patrocinando eventos educativos para el personal del hospital y para el personal de emergencia con respecto al tratamiento de atención inmediata de quemaduras y los criterios de referencia (38).

5.2.3 Colaborar en la rehabilitación física en el paciente quemado

Según los participantes, la unidad de quemados tiene un enfoque rehabilitador, por tanto, los pacientes realizan terapia física diaria acompañados de una fisioterapeuta y médico fisiatra, quienes se encargan de ordenar e intervenirlos desde su ingreso con realización de ejercicios activos o pasivos asistidos, colocación de férulas u ortesis e inicio de la presoterapia con prendas elásticas y siliconas.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, al igual que en el estudio de Greenfield, (37) la fisioterapeuta debe realizar los ejercicios de movimiento activo y pasivo en las extremidades cada 2 horas mientras el paciente esté despierto, aumentar la actividad según lo tolera, reforzar la importancia de mantener un movimiento y función articular adecuada y alinear las férulas. Además, promueve el uso de dispositivos según sea necesario para ayudar en el autocuidado y la movilidad (37).

Es importante destacar que, a diferencia de los resultados presentados por Scherrer (89), en el presente estudio la fase de rehabilitación puede desarrollarse en una variedad de entornos diferentes. Por eso es importante para las enfermeras comprender ese rol en todos los entornos y usarlos en su práctica. El cuidado holístico en la fase de rehabilitación incluye el cuidado de la piel (89).

Aunque para Sherrer (89) la colocación de ortesis no es responsabilidad de las enfermeras, éstas deben asegurarse de que el paciente lo use para prevenir contracciones.

Para Marco A. Hoyos (84) usualmente el paciente quemado sale de una unidad con la cobertura completa, empieza a usar elásticos y siliconas, pero con alguna frecuencia desarrolla contracturas, las cuales se presentan a menudo en aquellos que no tuvieron un manejo adecuado, a quienes no se les hizo una cobertura apropiada con los tejidos en la fase aguda y no usaron los elásticos y las siliconas. Los elásticos compresivos y las láminas de silicona son fundamentales en el control de la cicatrización. Se deben usar de manera continua, las veinticuatro horas del día, siempre y cuando el paciente tenga una piel estable y tolere la compresión: cerca de 1,5 a 2 años en los niños después de quemados, y entre 1 y 1,5 años en los adultos. Los elásticos mejoran todas las características de la cicatriz, el color, la textura, los síntomas asociados, como dolor, molestia, prurito, y también reducen el levantamiento de la cicatriz.

Tradicionalmente se decía que la rehabilitación se empezaba después de que el paciente estaba reanimado, e incluso que se debía iniciar a los ocho, diez o doce días después de la quemadura. Ahora, es cada vez más temprana pues se inicia desde el ingreso al servicio de quemados, incluso si el paciente está inconsciente e intubado en la UCI, allí la rehabilitación se hace con movimientos pasivos asistidos y con posiciones especiales para las extremidades o la cabeza quemada (84).

5.2.4 Intervenir el dolor en el paciente quemado

Desde el punto de vista de los participantes, el paciente quemado siempre va a referir dolor y lo experimenta de diferente intensidad. A medida que se recupera, el dolor va disminuyendo y aumenta la tolerancia a la ejecución de las actividades de la vida diaria. El dolor se valora con la escala análoga y se utilizan diferentes estrategias para aliviarlo con la administración de analgésicos fuertes a necesidad como los opioides que se van desescalando o coadyuvando con otros medicamentos. En caso de no ser suficiente, se precisa interconsultar a clínica del dolor. Además, los participantes no solo describen el dolor percibido por el paciente sino también por la enfermera ya que trabajar con el dolor directo de las personas es duro y desgasta en mayor proporción.

Al igual que en este estudio, para Myers Trisha (38) el manejo del dolor en los pacientes quemados es otro problema frecuente y se considera un desafío, pues ellos a menudo lidian con él y la ansiedad diaria relacionada con el cuidado de la herida, los cambios de vendaje y la rehabilitación. Asimismo, Muhammmad Mussa and Sakran Abass (41) manifiestan que todos hemos experimentado el dolor severo que una pequeña quemadura puede traer, sin embargo, el dolor y la angustia causados por una quemadura grande no se limita al evento inmediato (64). Bayuo and Agbenorku (90) refieren que los pacientes con quemaduras soportan un gran dolor mientras se someten a tratamiento, que comprende cambio de apósitos y desbridamientos.

Greenfield (37) afirma que la enfermera debe controlar las respuestas fisiológicas al dolor, como el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, inquietud y señales no verbales, así como usar herramientas en cada paciente para evaluar el dolor, la ansiedad, la respuesta a los analgésicos u otras intervenciones, por tanto, es quien debe administrar los medicamentos analgésicos y / o ansiolíticos según lo ordenado, los cuales deben ser intravenosos durante las fases de cuidados críticos. Hay que medicar al paciente antes de bañarse, cambiar los vendajes al realizar la terapia física u ocupacional (37).

Para Wallace (86) el dolor asociado con la herida por quemadura disminuye con el tiempo. Según Bayuo and Agbenorku (90) el control adecuado del dolor se considera el aspecto de cuidado más importante en los pacientes con quemaduras aunque existe una amplia variedad de métodos para aliviarlos. Al igual que en el estudio de Scherrer, (89) se usan principalmente

los opioides para el manejo del dolor en quemaduras, pero a menudo no pueden proporcionar suficiente alivio.

Para Parra LC y Cols. (94) la enfermera debe apoyar y estimular la aceptación del dolor en el paciente pediátrico, ya que el niño tiende a interpretarlo como un castigo por sus pasadas fechorías, acumulando sentimientos de ira, culpa y depresión, por último opta por una conducta regresiva.

De igual forma, para Paniagua M. (95) en todas las etapas del proceso de curación y recuperación, el niño quemado experimenta dolor que fluctúa en su intensidad dependiendo del grado de la quemadura, de los procedimientos que se le practiquen, de la capacidad de adaptación y del umbral al dolor.

5.2.5 Siguiendo la trayectoria del paciente quemado

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, todo paciente quemado ingresa por urgencias donde se le realiza una valoración inicial y se interconsulta al equipo de la unidad de quemados. Una vez se valora la complejidad de la lesión, se define el lugar de hospitalización y las intervenciones para su estabilización. Independiente del lugar de hospitalización el paciente quemado es responsabilidad del personal de la unidad respecto al manejo local de su quemadura y su destino final siempre deberá ser la unidad de quemados para beneficiarse de su manejo multidisciplinar.

Al comparar los resultados de este estudio con los resultados descritos en la literatura especializada, se encuentra que, al igual que los expuestos por Campo Meschial and Félix de Oliveira, (39) la atención inicial proporcionada a la víctima de quemaduras es la atención brindada dentro del hospital desde la llegada del paciente a la sala de estabilización, en un rango de tiempo de entre 48 y 72 horas después del trauma. Es crucial en este momento detener el proceso y minimizar las condiciones que ponen su vida en riesgo (39).

Scherrer (89) refiere que la evaluación inicial de una quemadura incluye tanto una estimación de su profundidad como de su longitud en comparación con el cuerpo del paciente, o el área total de la superficie corporal. Además, el papel de la fase aguda debe ser la estabilización del paciente. Las quemaduras pueden afectar una multitud de sistemas que varían según el tipo, cómo ocurrió, dónde se localiza y la gravedad de la misma (70).

La atención inicial siempre debe ser realizada de forma rápida y precisa por un equipo multidisciplinario que actúe en sinergia. Si los profesionales que realizan este servicio carecen de los conocimientos necesarios, habilidades y técnicas, pueden alterar el curso y el pronóstico del paciente, produciendo especialmente lesiones sistémicas, en lugar de llevarlo a la curación y la rehabilitación (39) y así prevenir la progresión de las quemaduras y sus secuelas tanto a corto como a largo plazo (69).

Asimismo, Campo Meschial and Félix de Oliveira (39) manifiestan que la atención inicial debe tener como objetivo preservar la zona de estasis (un área potencialmente viable que rodea el área central de la lesión), que es esencial para limitar la progresión y profundidad de la quemadura y, en consecuencia, evitar secuelas e incluso la muerte.

5.2.6 Valorar la evolución del paciente quemado

Según los participantes, la enfermera jefe es la encargada de mirar la evolución de los pacientes cada que se realiza curación para valorar los tejidos, verificar que ha epitelizado y si ha mejorado o no el aspecto de la quemadura. Además, refirieron que los pacientes quemados requieren un manejo diferente al resto ya que como ingresan no salen, les quedan estigmas en su aspecto físico que les harán recordar lo sucedido.

Al igual que lo expuesto en el presente estudio, Greenfield (37) expresa que la enfermera de quemados también es especialista en el cuidado de heridas. A medida que una herida por quemaduras sana, sea de forma espontánea o a través de injertos, la enfermera es responsable de su cuidado, de notar los cambios sutiles que requieren atención inmediata, prevención de infecciones y manejo del dolor (37).

Por otro lado, como lo expresan Bayuo and Agbenorku, (90) los trastornos psicológicos después de una quemadura se asocian con el retraso en la recuperación física de los pacientes y, a su vez, precisan hospitalizaciones más largas debido a problemas de baja adherencia al tratamiento. Los pacientes manifiestan preocupaciones sobre cómo su autovaloración disminuye debido a su lesión, cómo se afectaría su futuro y cómo la experiencia de estar quemado les había llevado a pensar mucho más sobre su mortalidad (90).

Muchos pacientes quemados requieren estadías prolongadas en el hospital, someterse a múltiples procedimientos quirúrgicos y experimentar una variedad de eventos que amenazan la vida durante hospitalización. También, padecen impedimentos físicos y psicológicos de por vida como resultado de sus lesiones, tal y como lo expresa Myers Trisha (38).

Los pacientes quemados también enfrentan numerosas enfermedades crónicas, como las deformidades relacionadas con las quemaduras, así como varios problemas físicos, mentales y sociales. En otras palabras, las quemaduras son lesiones devastadoras que a menudo resultan en problemas de bienestar emocional y mala calidad de vida (90).

5.2.7 Realizar la curación del paciente quemado

Desde su visión, los participantes afirmaron que la curación tiene un objetivo claro y es contribuir a que la piel sane, así como determinar si va a requerir o no injerto de piel. Las curaciones son realizadas por el personal de la unidad, es decir, auxiliar de enfermería y enfermera profesional, quien lidera el trabajo e indica el producto o tópico a utilizar.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, al igual que en el estudio de Jiménez (11) la curación se puede definir como el conjunto de técnicas que favorecen la aparición de cicatrización en una herida, hasta lograr su cierre. La curación puede tener como objetivo, utilizada sola o con otra modalidad de tratamiento, el cierre completo de la herida o la preparación de ésta para cirugía como terapia adyuvante.

Además, Jiménez (11) refiere que el manejo de las heridas complejas ha sido abandonado por los médicos y especialmente por los cirujanos y su cuidado ha quedado en manos de las enfermeras. En este contexto, el cuidado de las heridas es parte fundamental del entrenamiento y, desde hace ya varios años se considera como una subespecialidad médico-quirúrgica, tanto para enfermeras como para cirujanos (11).

Marco A. Hoyos (84) refiere que se utiliza en los quemados un método semicerrado de curación, es decir, se cubre la herida y solo se abre para evaluar su estado y hacer la curación, lo cual permite de alguna manera mantener aislado el tejido quemado del medio ambiente. En la unidad cada uno de sus integrantes realiza curaciones dos o tres días dependiendo del estado del paciente. Cuando las quemaduras están infectadas o son recientes se requieren curaciones más frecuentes. A medida que este se estabiliza y la herida sana se espacian a cada dos o tres días.

Por otra parte, se ha simplificado mucho el manejo de las curaciones, al hacerlas dentro de la unidad y no en un quirófano. Durante la fase aguda de la quemadura se requieren, en promedio, una y media cirugía por paciente, un número muy bajo si se compara con otras unidades en el mundo, en las que la rutina es que todo quemado, aun para una curación, es llevado al quirófano (84)

Para el paciente adulto y pediátrico, las curaciones de las quemaduras son actos rutinarios, obligatorios y prioritarios para que no se produzca la profundización de las heridas que se puedan transformar en quemaduras que requieran injertos (95).

Cuando la quemadura no es muy profunda se deja que el paciente cicatrice en forma espontánea y se manipula después la cicatrización con elásticos y siliconas, pero en las quemaduras de segundo y tercer grados se requiere la cobertura con injertos y el uso de colgajos, los cuales pueden ser locales, regionales o libres, microquirúrgicos o a distancia, dependiendo de cada paciente (84).

Para Jiménez (11) otros factores que se deben considerar son: el desbridamiento, con las diferentes técnicas que existen y cuyo objetivo principal es el retiro del tejido necrótico, el manejo de la carga bacteriana, tratando la infección cuando ésta impida el proceso de cicatrización; proteger la piel vecina a la herida, y el manejo del dolor.

Wallace (86), al igual que lo descrito por los participantes de la presente investigación, refiere que después de la colocación del injerto, la enfermera y el cirujano lo evalúan y extraen coágulos de sangre y suero acumulado. El injerto de lámina debe evaluarse con frecuencia durante los primeros días para eliminar cualquier hematoma o seroma subinjerto con una

pequeña incisión para extender el líquido o los coágulos hacia su borde con un aplicador de punta de algodón (86).

Es importante destacar que, a diferencia de los resultados presentados por Myers Trisha (38), en el presente estudio muchos centros de quemados no solo se especializan en quemaduras, también en el manejo de heridas crónicas como, fascitis necrotizante, infecciones severas de la piel, y los muchos síndromes tóxicos de la piel que se vuelven cada vez más predominantes.

5.2.8 Curación con sedación

Según los participantes, la curación con sedación está indicada en aquellos pacientes que tienen quemaduras profundas y extensas por lo que aún experimentan dolor intenso, así como en pacientes que están programados para escarectomías o toma de cultivos. Además, este tipo de curación se realiza bajo la supervisión de un médico general entrenado en sedación, quien asiste primero a la unidad de quemados pediátrica y posteriormente a la de adultos por los riesgos que implica como inestabilidad hemodinámica, por tanto, se requiere de una monitoría estricta del paciente durante el procedimiento para detectar y prevenir posibles complicaciones.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, al igual que en el estudio de Carrilero C, Castillo D, García J. *Et al* (96), el dolor en el paciente quemado puede tener diferentes orígenes que abarcan desde la propia patología hasta el dolor que aparece relacionado con los procedimientos y cuidados necesarios para su manejo como la curación de heridas, por lo tanto, la sedoanalgesia constituye una parte integral en la práctica diaria de atención del paciente quemado. La sedación en el paciente pretende abarcar el efecto ansiolítico-sedante, analgésico y de confort.

Además, Carrilero C, Castillo D, García J. *Et al* (96) refieren que el objetivo final es buscar la comodidad del paciente, reducir la respuesta al estrés y favorecer la adaptación a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios y a los cuidados de enfermería. Por tanto, la sedoanalgesia debe estar individualizada para cada paciente: “droga adecuada” a la “dosis adecuada” en el “momento adecuado”. Debe estar basada en objetivos y protocolizada, identificando metas claras y utilizando instrumentos de medida válidos y reproducibles (96). En este sentido, para Carrilero C, Castillo D, García J. *Et al* (96) la excelencia en el manejo de la sedoanalgesia está en mantener en todo momento al paciente libre de dolor y en el grado de sedación deseado, siempre intentando la menor depresión de la consciencia posible.

Al igual que lo expuesto en el presente estudio, Godoy L, Pino P, Córdova G, Carrasco JA, Castillo A (97) expresan que los pacientes pediátricos no pueden comprender la mayoría de las situaciones que están involucradas en el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que los aqueja. Incluso en adultos, pese a lograr entender lo que se va a realizar, puede producirse una ansiedad que los lleve a luchar frente a un procedimiento, más aún si este es doloroso. Esta falta de cooperación hace que cualquier procedimiento sea difícil, tanto para el paciente como para el personal médico, en especial si hay dolor. Al mismo tiempo, es importante que, al finalizar el procedimiento, el paciente no recuerde la experiencia como algo traumático.

Por eso, cualquier procedimiento realizado debe conseguir un muy buen control del dolor y de la ansiedad.

Además, los participantes de la presente investigación manifestaron que los medicamentos indicados para la sedación son Midazolam y Ketamina por vía intravenosa; así mismo, lo refieren Carrilero C, Castillo D, García J. Et al (96) como una alternativa para sedaciones superficiales de corta duración, por tener además efecto analgésico.

Por otro lado, los cuidados de enfermería en la sedoanalgesia para el paciente pediátrico son valorar el grado del dolor y reconocer la necesidad de dosis extras o la modificación de las dosis. Los sedantes o analgésicos se administran según prescripción médica de forma que su efecto máximo coincida con el momento de las curaciones para posteriormente valorar la efectividad del sedoanalgésico administrado durante el procedimiento (95).

5.2.9 Valorar el proceso de cicatrización

Los participantes definieron la quemadura como una herida que compromete diferentes capas de la piel según su complejidad. Esta tiene la capacidad de regenerarse por sí misma y requiere de unas medidas estrictas de tratamiento según el tipo de tejido o etapa de cicatrización. Una herida puede estar en etapa de desbridamiento cuando hay tejido necrótico o etapa de cicatrización si ya está próxima a epitelializar. Cada etapa requiere de un tratamiento diferente.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, al igual que en el estudio de Jiménez, (11) la herida es una disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales; sin embargo, existen innumerables clasificaciones de las heridas, la mayoría de difícil aplicación clínica. La separación más importante es determinar si la herida es aguda o crónica, con base en los conceptos de orden y temporalidad. Una herida aguda es aquella que tiene un tiempo de evolución menor de 30 días y sigue un proceso de reparación ordenado, dentro de un tiempo adecuado, hasta restaurarse la integridad anatómica y funcional del tejido inicialmente lesionado; Por otro lado, las heridas crónicas son aquellas que no siguen un proceso de reparación normal, se estancan en alguna fase de la cicatrización, sin que se restaure la integridad anatómica ni funcional del tejido lesionado (11).

Una vez establecido el tipo de herida es importante evaluar al paciente como un todo y no sólo por la herida que presenta. Hay que contemplar todos los factores que influyen en el proceso de cicatrización, como son el estado nutricional y metabólico, el compromiso vascular periférico, las enfermedades asociadas, el uso de medicamentos y, muy importante, el entorno psicosocial del paciente (11).

Al igual que en el estudio de Wallace (86) las quemaduras profundas o de espesor total producen una respuesta inflamatoria en la escara (tejido necrótico cutáneo profundo producido por quemaduras térmicas o aplicaciones corrosivas), donde el crecimiento bacteriano atrae a los leucocitos polimorfonucleares (neutrófilos) que liberan grandes

cantidades de enzimas proteolíticas y mediadores inflamatorios. Como resultado, estos mediadores separan la escara del tejido de granulación para comenzar el proceso de cicatrización de la quemadura (86).

5.2.10 Establecer objetivos para el paciente quemado

De acuerdo con los participantes, el objetivo de la unidad de quemados con sus pacientes es reforzar la autonomía para que al momento del egreso sea una persona independiente, funcional y capaz de hacer las actividades de la vida diaria. A su vez, para reintegrarse a la sociedad en las mejores condiciones y en el menor tiempo posible. También describen como objetivo en la atención una interacción adecuada entre enfermera-paciente para ayudar a mejorar la experiencia de la estancia hospitalaria y su estado de bienestar físico y emocional.

A diferencia de los resultados presentados por Wallace (86) el objetivo principal en el cuidado de quemaduras es el cierre de la herida con la epidermis del propio paciente. A veces el cierre es espontáneo, pero a menudo se requiere cirugía para quitar la escara y cubrir la herida con injerto de piel (autoinjerto: cosechado del paciente).

Por el contrario, para Greenfield (37) el objetivo es utilizar una perspectiva interdisciplinaria para identificar las expectativas de la atención, mejorar su calidad como demostrar mejores resultados al disminuir la duración de la estancia, disminuir las readmisiones, disminuir costos y aumentar la satisfacción del paciente.

Además, Greenfield (37) manifiesta que los factores conductuales y psicosociales afectan la recuperación de las quemaduras y la enfermera debe apoyar los mecanismos adaptativos y funcionales de afrontamiento e interconsultar a los servicios de psiquiatría cuando hay habilidades inadecuadas de afrontamiento o tratamiento. (37) Además, Scherrer (89) refiere que las enfermeras deben tener cuidado de no perturbar la esperanza del paciente, pero también inculcar las expectativas de la vida real.

Por otro lado, según Bayuo and Agbenorku, (90) los pacientes pueden reducir la cantidad de tiempo que pasan en el hospital después de una quemadura si tienen mayor adherencia al tratamiento.

Sin embargo, para Rodriguez A. y Cols, los progresos en el rescate y manejo de las quemaduras son estimulantes. Por esto, el tratamiento más efectivo es y seguirá siendo la prevención. Con respecto a esta última, la educación es una de las responsabilidades ineludibles de cualquier miembro del equipo de salud que maneje este tipo de lesiones. Intervenciones educativas en pediatría serían la piedra angular del futuro teniendo en cuenta que las quemaduras en estas edades tempranas constituyen una catástrofe que afecta no sólo al niño sino a todo el grupo familiar por lo que la actuación de enfermería es de vital importancia para la prevención, recuperación y reinserción de estos pacientes a la sociedad con un mínimo de secuelas (98).

5.2.11 Participar en las visitas del paciente quemado

Los participantes de la investigación refirieron que durante las visitas las enfermeras acompañan, orientan, guían, aclaran dudas y brindan información a la familia acerca del estado y evolución del paciente. Describen que es importante la presencia y apoyo de la familia para la recuperación del paciente y como función especial, la enfermera aprovecha para brindar educación a los cuidadores inmediatos.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, al igual que en el estudio de Muhammmad Mussa and Sakran Abass, (41) las familias tienen necesidad de información sobre el pronóstico de su ser querido y saber acerca de su recuperación, función que ejecuta la enfermera. En el estudio de Bayuo and Agbenorku (90) dos factores están relacionados con el ajuste psicológico y social: por un lado, la calidad del apoyo familiar y social que un paciente recibe; y, por otro, la voluntad del paciente para tomar riesgos sociales. Los factores de mal pronóstico incluyen la timidez social, dependencia a miembros de la familia, cohesión familiar disfuncional y alto conflicto familiar (90).

Además, las quemaduras representan una seria amenaza para el bienestar físico y psicológico de una persona. Es importante abordar la salud psicológica de los cuidadores, ya que la mayoría de las víctimas de quemaduras son niños y su recuperación está muy influenciada por el bienestar de sus cuidadores (90).

5.3 Saberes y prácticas aprendidas

Para los participantes el profesional de enfermería adquiere todos los saberes del paciente quemado cuando llega a la unidad, al permitir interactuar la teoría y la práctica para convertir el conocimiento en un saber. Para la enfermera, estar en una unidad de quemados es sufrir una afectación emocional por las experiencias vividas que luego se transforman en virtudes y retos tanto personales como profesionales.

5.3.1 Aprendiendo con base en la experiencia

Para los participantes se aprende con base en la experiencia diaria. Las auxiliares de enfermería tienen demasiada experiencia en cuanto al quehacer, razón por lo que la enfermera se apoya en esta y aprende acerca de las curaciones y la realización de vendajes. De hecho, ella debe adquirir experticia en el hacer y en el ser para poder ayudar a este tipo de pacientes. La mayoría de los participantes ingresaron a la unidad sin saber casi nada y sintiéndose incapaces ya que son pocas las oportunidades de conocer a un paciente quemado, tanto en la Universidad como en las áreas prácticas.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, al igual que lo descrito por Grove SK, Gray JR and Burns N., (80) la experiencia clínica son el

conocimiento y las habilidades del profesional de la salud que brinda atención. La experiencia clínica de una enfermera depende de sus años de trabajo, el conocimiento actual de la investigación y la literatura clínica, y la preparación educativa. Cuanto más sólida sea la experiencia clínica de la enfermera mejor será su criterio clínico al utilizar la mejor evidencia de investigación en la práctica (80).

Para Grove SK, Gray JR. and Burns N., (80) a partir de la investigación en enfermería se puede desarrollar conocimiento empírico para mejorar la atención, los resultados de los pacientes y el sistema de prestación de asistencia sanitaria. Por ejemplo, las enfermeras necesitan una base de investigación sólida para implementar y documentar la efectividad de las intervenciones de enfermería seleccionadas en el tratamiento de problemas particulares del paciente y promover resultados positivos para él y para su familia. Además, las enfermeras deben usar los hallazgos de la investigación para determinar la mejor manera de brindar servicios de salud para garantizar que la mayor cantidad de personas reciba atención de calidad y segura (80).

De igual forma, los participantes refirieron que la experiencia personal implica obtener conocimiento al involucrarse en un evento, situación o circunstancia (80). De hecho, permite a la enfermera adquirir habilidades y experiencia al brindar atención a pacientes y familiares en entornos clínicos. El aprendizaje que se produce a partir de la experiencia personal permite a la enfermera agrupar las ideas en un todo significativo (80).

Para Patricia Benner (80) la cantidad de experiencia personal afecta la complejidad de la base de conocimientos de una enfermera. Ella realizó un estudio cualitativo fenomenológico para identificar los niveles de experiencia en el desarrollo de conocimiento clínico y experiencia, y estos incluyen (1) novato, (2) principiante avanzado, (3) competente, (4) competente avanzado y (5) experto. Las enfermeras principiantes no tienen experiencia personal en el trabajo que deben realizar, pero tienen algunas ideas preconcebidas y expectativas sobre práctica que adquirieron durante su educación. Estas preconcepciones y expectativas son desafiadas, refinadas, confirmadas o refutadas por la experiencia personal en un entorno clínico. La enfermera principiante tiene suficiente experiencia para reconocer e intervenir en situaciones recurrentes.

Por ejemplo, el principiante avanzado es capaz de reconocer e intervenir en la gestión dolor de los pacientes. Las enfermeras competentes pueden generar y alcanzar objetivos y planes a largo plazo debido a años de experiencia personal. También pueden usar su conocimiento personal para tomar acciones conscientes y deliberadas que sean eficientes y organizadas. A partir de una base de conocimiento más compleja, la enfermera competente ve al paciente como un todo y como miembro de una familia y comunidad. La enfermera competente avanzada reconoce que cada paciente y su familia responden de manera diferente a la enfermedad y la salud. La enfermera experta tiene una amplia experiencia y es capaz de identificar con precisión e intervenir hábilmente en una situación. La experiencia personal aumenta la capacidad de la enfermera experta para comprender una situación de forma

intuitiva, con precisión y velocidad. Así, Benner proporcionó una mejor comprensión de cómo se adquiere el conocimiento a través de la experiencia personal (80).

Para Myers Trisha (38) la exploración e identificación del papel de los profesionales de enfermería en la prestación de cuidados y satisfacción de necesidades de los pacientes en las unidades de quemados puede provocar oportunidades adicionales para empleo y expansión del rol en estas unidades, beneficiando así a los pacientes con su pericia.

5.3.2 Aprender y adquirir conocimientos

Según los participantes, el conocimiento se transforma mediante la práctica. La enfermera aprende de otras personas con mayor experiencia en el campo, como el cirujano plástico, y los pares expertos. También manifestaron que ella debe ayudarse con la búsqueda de bibliografía, con el estudio del protocolo establecido en la institución y con actualización continua a partir de cursos, simposios o congresos. Es indispensable que el profesional de enfermería conozca acerca de heridas y distinga los diferentes tejidos, que sepa acerca de curaciones y nuevas tecnologías para el abordaje del paciente con quemaduras.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, se encuentra que, a diferencia del estudio de Campo Meschial and Felix de Oliveira, (39) la realización de actividades prácticas se puede definir como la aplicación de conocimientos teóricos, que es capaz de generar pensamiento crítico y la mejora de habilidades en situaciones reales, proporcionando a las enfermeras la oportunidad de fusionar acción y conocimiento. Si está bien orientado, esto puede llevarlas a desarrollar una mayor forma de actuar consciente, crítica y creativamente (39).

Además, Campo Meschial and Felix de Oliveira (39) consideran que las decisiones clínicas de las enfermeras provienen de su experiencia académica y profesional, así como a partir de evidencia científica; por otro lado, los conocimientos teóricos deben ser utilizados para apoyar y mejorar las prácticas en salud. Por lo tanto, una formación académica satisfactoria traerá una mayor seguridad a la atención de las víctimas de quemaduras (39).

La práctica basada en la evidencia ayuda a minimizar las variaciones de práctica que conducen a pobres resultados y altos costos de atención médica, y ayuda a definir no solo el mejor el tratamiento sino el más rentable tal y como lo expresa Greenfield (37).

Según Wallace, (86) el cuidado de las quemaduras requiere comunicación constante y una especial atención a los detalles. Con la educación y capacitación apropiada las enfermeras hacen diferencias en la vida de sus pacientes y familiares (86).

5.3.3 Aprendiendo de la quemadura

Para los participantes, la quemadura es una lesión en el órgano más grande de nuestro cuerpo, la piel y se produce por múltiples agentes etiológicos. Los participantes clasifican las quemaduras en I grado, II grado superficiales y profundas y III grado. Según la localización varía la complejidad y gravedad de esta. Por la fisiopatología de la quemadura se pueden presentar múltiples complicaciones, entre las más frecuentes están las contracturas y la cicatriz queloide. Durante la curación se utilizan medicamentos tópicos aplicando un manejo más conservador que avanzado.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura, al igual que en el estudio de Muhammmad Mussa and Sakran Abass, (41) la quemadura se encuentra entre los tipos de trauma más complejos y severos, ya que se pueden presentar consecuencias importantes, como cicatrices.

Para Greenfield (37) durante todas las fases de la lesión, la evaluación de la enfermera debe enfocarse en la detección temprana o prevención de complicaciones asociadas a la quemadura de moderada a grave. Precisamente, el estudio de Wallace (37) coincide con los resultados de la presente investigación en el sentido que las quemaduras no tratadas dan como resultado una movilidad limitada y cicatrices desfigurantes.

Wallace (86) también describe que una quemadura de primer grado no se considera una herida porque se trata solo de la epidermis y se cura rápidamente con el crecimiento de nuevos queratinocitos. El segundo grado de espesor parcial destruye toda la epidermis, así como partes de la dermis. De hecho, algunas quemaduras de espesor parcial sanan sin intervención quirúrgica. Se cree que las células madre que se originan en el área de abultamiento producen el nuevo queratinocitos que repoblan la capa de células basales epidérmicas incluyendo glándulas sebáceas y folículos pilosos dentro de la nueva epidermis. Esta herida por quemadura es extremadamente dolorosa, haciendo de la limpieza y el desbridamiento un procedimiento horrible para el paciente y una actividad diaria estresante para la quemadura. Quemaduras de espesor parcial se tratan con agentes antimicrobianos tópicos. Se utiliza una escisión tangencial mediante la eliminación de capas delgadas de piel quemada hasta que el cirujano alcanza la dermis viable o la grasa subcutánea. Con una escisión tangencial, el tejido sano está determinado por la presencia de hemorragia dérmica o subcutánea (86). Las quemaduras profundas o de espesor total involucran todo el grosor de la dermis y se extienden a la grasa subcutánea. Si es lo suficientemente pequeño, sanará cuando se separa la escara y se produce granulación, pero este proceso conduce a cicatrices hipertróficas. Es muy probable que la intervención quirúrgica sea la única opción en cualquier quemadura de espesor total (86).

Las quemaduras son una de las condiciones más devastadoras que se encuentran en el área de la salud. (64) Para Muhammmad Mussa and Sakran Abass (41) la herida representa un asalto a todos los aspectos del paciente, desde el físico hasta el psicológico. Afecta a todas las edades, desde bebés hasta personas mayores, y es un problema tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo (41).

5.3.4 Conocimiento y práctica del paciente quemado

Para los participantes el profesional de enfermería debe ejercer su cuidado con fundamento teórico, saber el porqué de cada cosa que se implemente y ejecuta en relación con el cuidado del paciente quemado. También, consideran que es necesario implementar más jornadas académicas de capacitación en este tema e incluso tener la teoría en el pregrado ya que se hace una revisión muy somera. Además, refirieron que es pertinente investigar en este ámbito de cuidado ya que no se encuentra documentado el cuidado integral que realiza la enfermera, pero es aún más importante socializar dicho conocimiento con otras enfermeras e instituciones de salud.

Al comparar los resultados de este estudio con los resultados descritos en la literatura especializada, se encuentra que, al igual que lo expuesto por Campo Meschial and Feliz Oliveira, (39) la enfermería es una profesión que combina ciencia y arte, y tiene principios fundamentales que sirven como fundamento de su conocimiento teórico y práctico. Con respecto a la atención de enfermería de los pacientes enfermos graves, una enfermera debe utilizar el razonamiento clínico (formulado a través de la interacción entre evidencias científicas y experiencias acumuladas a lo largo de su práctica profesional) para la toma de decisiones (39).

Además, Campo Meschial and Feliz Oliveira (39) describen el conocimiento teórico como el conocimiento que proviene de la teoría y la investigación que debe ser utilizado para apoyar y mejorar las prácticas de salud. Por consiguiente, el conocimiento teórico y la articulación con las prácticas de salud son fundamentales para los profesionales de enfermería que trabajan en situaciones críticas. Por lo tanto, el equipo a cargo debe basar su asistencia sobre principios científicos establecidos, y las enfermeras son las responsables de llevar a cabo el tratamiento de los casos más complejos (39).

Myers Trisha (38) coincide con los resultados de la presente investigación al referir que no hay estudios que aborden el papel de las enfermeras en el cuidado de quemaduras. Sin embargo, otros abordan el papel de enfermeras registradas de práctica avanzada que proporcionan atención a pacientes con heridas, ostomías o incontinencia.

Según Jiménez, (11) las enfermeras no han documentado adecuadamente sus saberes, conocimientos clínicos y la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de singularidad y de riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta.

En el marco de una ciencia aplicada según Benner (12), el progreso del saber consiste en ampliar los conocimientos prácticos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada tal y como lo refieren algunos participantes en la presente investigación.

Es importante destacar que, a diferencia de los resultados presentados por Myers Trisha, (66) en el presente estudio muchos centros de quemados tienen enfermeras que son bastante activas en programas de concienzación sobre prevención de quemaduras. A su vez, brindan educación sobre cuidado de quemaduras a personal en hospitales e instituciones académicas para ayudar al personal médico a manejar las complejas necesidades médicas y quirúrgicas de estos pacientes. (38).

Definir la investigación de enfermería requiere determinar el conocimiento relevante que necesitan las enfermeras. Debido a que la enfermería es una profesión de práctica, la investigación es esencial para desarrollar y refinar el conocimiento que las enfermeras pueden usar para mejorar la práctica clínica y promover resultados de calidad (80)

La investigación en enfermería también es necesaria para generar conocimiento sobre la educación de enfermería, la administración de enfermería, los servicios de salud, las características de las enfermeras y los roles de enfermería. Los hallazgos de estos estudios influyen indirectamente en su práctica y se agregan al cuerpo de su conocimiento. (80)

La investigación en enfermería es un proceso científico que valida y refina el conocimiento existente y genera nuevos conocimientos que influyen directa e indirectamente en su práctica. La investigación en enfermería es la clave para construir una práctica basada en la evidencia para la enfermería (80).

Para Greenfield (37) el rol de las enfermeras está en expansión, pues están llevando a cabo investigaciones de enfermería lo cual contribuye a la práctica del cuidado de las quemaduras.

5.3.5 Experiencia vivida por la enfermera

De acuerdo con los participantes, trabajar con pacientes quemados es sinónimo de afectación emocional. Hay situaciones en las que la enfermera experimenta sentimientos de satisfacción por la mejoría de la mayoría de sus pacientes. Infortunadamente hay situaciones que generan angustia, temor, insatisfacción y dolor al evidenciar que todo esfuerzo fue en vano con el paciente que finalmente fallece.

Al comparar estos resultados con los descritos en la literatura se encuentra que, al igual que en el estudio de Bayuo and Agbernoku, (90) experimentar la muerte de un paciente fue asociado con sentimientos de tristeza o falta de logro. La lesión por quemaduras es una forma de lesión traumática que puede causar morbilidad y mortalidad recurrente. (90) En este contexto, varios aspectos del cuidado de quemaduras son física y emocionalmente agotadores para las enfermeras. Estos incluyen el control deficiente del dolor y síntomas del final de la vida que hicieron que ellas se sintieran impotentes (90).

6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

6.1 Conclusiones

Las conclusiones que surgen del análisis de los resultados tienen relación con dos aspectos importantes: primero, contribuir a la práctica del cuidado de los profesionales de enfermería que laboran en las unidades de quemados, y segundo, aportar a la disciplina de enfermería con sustento teórico que fundamente la práctica del profesional en este ámbito de cuidado.

Para los profesionales de enfermería la unidad de quemados es un contexto de cuidado diferente, por las características que tiene y los atributos que el personal requiere. Además, estas unidades precisan de un equipo de trabajo multidisciplinario para garantizar la interdisciplinabilidad que el tratamiento de la persona con quemaduras necesita. El profesional de enfermería del equipo de trabajo se considera el eje central, por ser quien coordina todos los procesos administrativos y asistenciales en pro del adecuado funcionamiento de la unidad y la atención con calidad del paciente y su familia. Además, tiene mayor contacto con este durante su estadía hospitalaria, por lo tanto, es quien percibe su adecuada evolución o la presencia de posibles complicaciones; interviene en todo el proceso de recuperación, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria, además, garantiza el cuidado de enfermería al realizar el plan de cuidados que se debe ejecutar.

Desafortunadamente muchas de las funciones del personal de enfermería dentro de la unidad de quemados son compartidas, es decir, el enfermero profesional y el auxiliar de enfermería pueden realizar por igual la mayoría de las actividades.

El cuidado integral que el profesional de enfermería debe brindar al paciente quemado incluye tanto la gestión del cuidado como del servicio. Por una parte, en la gestión del cuidado el profesional de enfermería debe colaborar en la rehabilitación física, intervenir el dolor, realizar la curación, valorar la evolución y el proceso de cicatrización de las heridas, establecer objetivos, seguir la trayectoria del paciente, educarlo, así como a la familia y participar en las visitas. Por otro lado, en la gestión del servicio el profesional de enfermería distribuye el personal auxiliar, recibe y entrega turno, retroalimenta al personal a cargo, revisa historias clínicas, actualiza kardex, gestiona nuevas órdenes médicas y soluciona los problemas que se vayan presentando durante el turno.

Cuando el profesional de enfermería inicia en la unidad de quemados ingresa sin saber casi nada y sintiéndose incapaz por la escasa oportunidad de aprender acerca del cuidado del paciente quemado durante su formación profesional. Se aprende a través de la experiencia y en el trabajo diario en la unidad. La teoría que se logra adquirir de la literatura existente, se transforma con la práctica y se convierte en un saber que se perfecciona con los años de experiencia en este ámbito de cuidado. Por lo anterior la filosofía de Patricia Benner es la fundamentación teórica disciplinar de la presente investigación.

El profesional de enfermería adquiere el saber por intermedio de sus pares expertos o de otros miembros del equipo que lleven años de práctica, como las auxiliares de enfermería en cuanto al quehacer, y el cirujano plástico como médico especialista de la unidad. También, se puede apoyar de la literatura existente de la ciencia médica y del protocolo instaurado por las unidades de quemados.

La disciplina de enfermería no tiene productos investigativos acerca del cuidado integral del paciente quemado en el contexto colombiano, por tanto, la presente investigación se convierte en un producto valioso para la disciplina ya que sustenta las prácticas y los saberes del profesional de enfermería para así guiar y orientar aquellos profesionales que van a iniciar sus labores en una unidad de quemados.

6.2 Recomendaciones

Se recomienda que las facultades de enfermería busquen oportunidades de práctica durante la formación profesional en las unidades de quemados y se brinde ampliamente el tema de atención de estos pacientes a los profesionales de la salud ya que no es una situación ajena y que puede ocurrir en cualquier momento, lugar e incluso en el propio hogar.

Asimismo, se recomienda que las instituciones de salud, con personal experto en el tema, socialicen sus conocimientos y hagan sesiones de entrenamiento para el personal de salud que trabaje en instituciones de menor complejidad de atención o donde no se tenga unidad de quemados. Además, es necesario que las instituciones con estas unidades logren realizar más seminarios, cursos, congresos o diplomados acerca de la atención que se le debe brindar a una persona con quemaduras. De esta manera se generaría gran impacto en la reducción de complicaciones mediatas y tardías posterior al incidente.

Se recomienda crear una línea de investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia acerca del cuidado de enfermería en el paciente quemado, ya que es un tema poco explorado desde la disciplina y que se puede potenciar y llegar a convertirse en actor principal en el escenario de atención de este ámbito de cuidado.

6.3 Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones que pude encontrar para la realización de la presente investigación es el escaso número de enfermeros profesionales que laboran en unidades de quemados ya que las existentes en el país son pocas. Además, la investigación cualitativa no permite generalizar datos.

7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Los aspectos administrativos del proyecto, es decir, cronograma de actividades y presupuesto se pueden visualizar en el ANEXO 6.

8. AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis Dra. Ángela María Salazar Maya, por la orientación y ayuda que me brindo para la realización de este proyecto, por su paciencia, apoyo y tolerancia que me permitieron aprender y culminar con este proceso.

A mi familia por apoyarme en este arduo camino, pese a las adversidades siempre me alentaron para continuar y nunca desfallecer.

A los participantes de la investigación, por apoyarme y ayudarme en todo lo que necesite durante el desarrollo del proyecto.

Al Hospital Universitario San Vicente Fundación por permitirme desarrollar el proyecto en las unidades de quemados adulto y pediátrica.

A mis amigos y compañeros de maestría por animarme en esos momentos difíciles, por brindar esa voz de aliento cuando más la necesitaba.

Y principalmente a Dios, por permitirme vivir una grata experiencia y alcanzar un gran logro para mi formación académica y profesional.

9. Referencias bibliográficas

- (1) Real Academia Española [RAE]. Cuidado [Internet] [Consultado 2016 Nov 13] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Bb1VWJS>
- (2) Vélez Álvarez C, Vanegas García JH. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Promoción Salud. 2011; 16(2): 175-89.
- (3) Villalobos Vásquez BS. A la hora del medicamento. Aquichán -Col-. 2009 Oct; 9(2): 125-36.
- (4) Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichán -Col-. 2009 Ago; 9(2): 127-134.
- (5) Boff L. El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid: Editorial Trotta; 2002.
- (6) Colombia. Ministerio de la Protección Social. Grupo de atención de emergencias y desastre: Quemaduras. En: Guías para manejo de urgencias. Vol.1. 2ª ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003: 271-85.
- (7) Donaldson SK, Crowley DM. La disciplina de enfermería. Nurs Outlook. 1978 Feb; 26(2): 113-20
- (8) Rodríguez Gómez O, Castillo Illas M, Castellanos Castillo Y. Calidad en la atención al quemado. Rev Cubana enfermer. 2004; 20(1) [Consultado 2016 Oct 15] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100007
- (9) Mazón Viañez C, Miquet Romero LM, Gonzáles Reyes H, Benjamín Ricardo M, Rodríguez Arrechea R, Rodríguez Garcell R. Rol del personal de enfermería en la intervención nutricional del paciente quemado. Rev Cub Aliment Nutr. 2010; 20(1): 102-12.
- (10) Hernández Vergel LL, Miranda Guerra AJ. Imagen social de la enfermería en Cuba y en Belice. Rev Cubana enfermer. 2006; 22(2) [Consultado 2016 Oct 20] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_2_06/enf05206.htm
- (11) Jiménez CE. Curación avanzada de heridas. En: Rev Colomb Cir. 2008; 23(3): 146-55.
- (12) Benner P. El afloramiento de los conocimientos inherentes al ejercicio de la enfermería clínica. En: Práctica progresiva en enfermería: manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo; 1987: 29-40.

- (13) Santos González CE. Historia del tratamiento de las quemaduras. En: Guía básica para el tratamiento del paciente quemado: herramienta comprensiva y sencilla para encarar un manejo de las injurias térmicas. S.n: s.l; ©1999-2005 [Consultado 2016 Oct 25] Disponible en: http://www.indexer.net/quemados/capitulo_uno.htm
- (14) Attewell A. Florence Nightingale (1820-1910). Perspectivas: revista trimestral de educación comparada [Internet] 1998 Mar; 28(1): 173-89 [Consultado 2016 Jun 7] Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>
- (15) Delgado Gardea S., Ochoa Pell JA, Ramírez Hernández VM, Gonzáles JA, López Silva FA, Díaz Garza K et al. Experiencia clínica en quemaduras en el Hospital Central Militar. Rev Sanid Milit. 2007; 61(2): 74-78.
- (16) Hoyos Franco MA, Jaramillo Gonzáles NC, Molina Díaz ME, Valverde Pardo S, Posso Zapata C. Evaluación de la superficie corporal quemada en pacientes del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 2004. Iatreia. 2007 Mar; 20(1): 21-27.
- (17) Berrocal-Revueltas M, Guette-Viana AM, Rodríguez-Romero P, Rodríguez-Torres GM, Ruiz-Pérez MA, Salgado-Monterroza EJ. Paciente quemado: manejo de urgencias y reanimación. Rev Cienc Biomed. 2011; 2(2): 316-26.
- (18) Castrillón DA, Sánchez OH. Manejo hospitalario con terapia tópica no convencional de pacientes quemados. Turbo (Ant.). Junio 1987, Julio 1988. Revista CES Medicina. 1989; 3(2): 99-108.
- (19) Zapata Sirvent RL, Jiménez Castillo CJ, Besso J. Capítulo I: Epidemiología de las quemaduras. En: Quemaduras: Tratamiento crítico y quirúrgico. Caracas: Editorial Ateproca; 2005: 1-6.
- (20) Mejía-Terrazas GE. Manejo del dolor en el paciente quemado. En: Rev Mex Anesthesiol. 2014; 37(1): 235-37
- (21) Castillo P. Quemaduras: conceptos para el médico general. Cuad Cir. 2003; 17: 58-63
- (22) Joaquím Balan MA, Campo Meschial W, Geritana Santana R, Liduário Suzuki SM, Félix de Oliveira ML. Validação de um instrumento de investigação de conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(2): 373-81
- (23) Carrillo ER, Peña PCA, de la Torre LT, Espinoza de los Monteros EI, Rosales GAO, Nava LJA. Estado actual sobre el abordaje y manejo del enfermo quemado. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2014; 28(1): 32-45
- (24) Ferrada R, Tróchez JP, Ayala J. Manejo del paciente quemado. En: Quintero L. Trauma: abordaje inicial en los servicios de urgencias. 4ª ed. Colombia: Fundación Salamandra; 2008: 289-303

- (25) Gonzáles-Cavero J, Arévalo JA, Lorente JA. Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico. *Emergencias*. 1999; 11: 295-301.
- (26) Vélez-Palafox M. Tratamiento quirúrgico de las quemaduras y protocolo de salvamento. *Rev Mex Anesthesiol*. 2014; 37(1): 226-29.
- (27) Villegas J, Torres E, Pedreros C, Singh P, Longton C, Said JC et al. Mortalidad tras un año de protocolización en el manejo del paciente quemado. *Revista Chilena de Cirugía*. 2010; 62(2): 144-49.
- (28) Hernández R, Garibay M. Sulfadiazina de plata en crema versus suspensión tópica en quemaduras de segundo grado. *Rev Mex Pediatr*. 2011; 78(2): 56-60
- (29) Esteban S. Tratamiento de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial: Revisión bibliográfica desde diferentes puntos de vista. *Enferm Clin*. 2010; 20(1): 66–67.
- (30) Barichello E, Silva MCV, Barbosa MH, Iwamoto HH. Diagnósticos de enfermería en paciente internados por quemaduras. *Enferm Global [Internet]* 2010; 9(3): 1-8 [Consultado 2016 Oct 30] Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/111011/105411>
- (31) Gonçalves AC, Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Rossi LA, Farina Junior JA. Caracterização de pacientes atendidos em um serviço de queimados e atitudes no momento do acidente. *Rev electrónica enferm [Internet]* 2012; 14(4): 866-72 [Consultado 2016 Sep 10] Disponible en: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/es/lil-693859>
- (32) Kindelán Delis F. Atender o cuidar: un problema contextual por discernir en la práctica profesional de enfermería. *Medisan*. 2013; 17(6): 989-1000
- (33) Albornoz CR, Villegas J, Peña V, Whittle S. Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública en Santiago. *Rev Med Chile*. 2013; 141: 181-186.
- (34) Custódio Duarte ML, Lemos L, Nunes Zanini L, Immich Wagnes Z. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012 Mar; 33(1): 77-84
- (35) Aparecida Rossi L, Barruffini RC, Barcelos Darli MC, Fernandes Braga EC, Campos de Carvalho E. Las representaciones sociales de los familiares de pacientes quemados. *Invest Educ Enferm*. 1999; 17(1): 63-71
- (36) Martins JT, Cescatto Borbroff MC, Ribeiro RP, Soares MH, Cruz Robazzi MLC, Palucci Marziale MH. Sentimientos experimentados por el equipo de enfermería de un centro de tratamiento de quemaduras. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(3):522-26.

- (37) Greenfield E. The pivotal role of nursing personnel in burn care. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2010 Sep; 43(Suppl): S94–S100.
- (38) Myers Trisha A. Nurse Practitioners in Burn Centers: An Exploration of the Developing Role. *Electronic Theses & Dissertations*. 2006. 67. [internet] [acceso mayo 25 de 2018]. Disponible en: <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=etd>
- (39) Campo Meschial W, Félix de Oliveira ML. Initial care to burn victims: nursing students' knowledge: a crosssectional Study. *OBJN* 2014; 13(4): 518-528
- (40) Grove SK, Gray JR, Burns N. Understanding nursing research: building and evidence-based practice. Chapter I: introduction to nursing research and evidence-based practice. 6th edition. 2015. Pág.: 1 –30
- (41) Muhammad Mussa Y, Sakran Abass K. Assessment of Nurses Knowledge Regarding Nursing Care for Patients with Burn. *Journal of Natural Sciences Research*. Vol.4, No.7, 2014.
- (42) Arriagada Cristian. Manejo multidisciplinario del gran quemado. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2016; 27(1) 38-41.
- (43) Rosental MM, Iudin PF. *Diccionario filosófico*. Bogotá: Ediciones Nacionales; 2001.
- (44) Carrillo A, García L, Cárdenas C, Díaz I, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Rev. Enfermería Global* 2013; 32: 346-361.
- (45) Medina Moya JL. *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2005.
- (46) Bueno Robles LE. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Rev Ciencia y Enfermería* 2011; 17(1):37-43.
- (47) Rodríguez VA, Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Rev enfermería global* N°28, octubre 2012.
- (48) Urra M, Jana A, García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales- *Ciencia y Enfermería* XVII (3), 2011
- (49) Noguera NY, Villamizar AP. “Un milagro de vida”: de la teoría a la práctica de la enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. Volumen 9, 2014. p. 124-132

- (50) Arias Giron DM, Gutiérrez Díaz PM. Teoría de los cuidados: Kristen M. Swanson. 31 de mayo de 2013. (Consultado 20 de octubre de 2018). Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/teoria-de-los-cuidados.html>.
- (51) Achury LF, García P. Aplicación de la teoría de la consecución de objetivos al cuidado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En: Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 15, núm. 2, julio-diciembre, 2013, p. 31-47
- (52) Plaza Heresi O. Tratamiento del paciente quemado hospitalario durante las primeras 48 horas: análisis de 36 casos en el Hospital Nacional Arzobispo Loaysa. Horiz Med [Internet] 2005; 5(2) [Consultado 2016 Oct 22] Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/252/263>
- (53) Guía de práctica clínica: Intervenciones de enfermería para la atención del adulto gran quemado en el tercer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, 2017. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- (54) [etapas del proceso de atención de enfermería. [internet] [acceso octubre 22 de 2018]. disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html>]
- (55) Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [cited 2018 Oct22]. Available from: <http://www.nnnconsult.com/>
- (56) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. España: Paidós ibérica; 1997.
- (57) Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2014.
- (58) Aguirre Baztan A. Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural. México: Alfaomega; 1997.
- (59) Pérez Serrano G. Investigación cualitativa: métodos y técnicas. 2^a ed. Buenos Aires: Docentes argentinas; 2003.
- (60) González Rey FL. Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información. México: McGraw-Hill interamericana; 2007.
- (61) Guba EG, Lincoln YS. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Denman C, Haro JA. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: Colegio de Sonora; 2000: 113-45.
- (62) Yin RK. Case Study Research: Design and Methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. Citado por: Jacuzzi E. El estudio de caso como metodología de

investigación: teoría, mecanismos causales, validación [Internet] [Consultado 2016 Oct 1] Disponible en: files.casilic.webnode.es/200000018.../estudios%20de%20caso_teoria.pdf

(63) Stake RE. Investigación con estudio de casos. 2ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 1920.

(64) Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*. 2006 Jul; 20: 165-93

(65) Shaw E. A guide to the Qualitative Research Process: Evidence from a Small Firm Study. *Qualitative Market Research: An International Journal*. 1999; 2(2): 59-70. Citado por: Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*. 2006 Jul; 20: 165-93

(66) Eisenhardt KM. Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*. 1989; 14(4): 532-50. Citado por: Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*. 2006 Jul; 20: 165-93

(67) Patton, M.Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, CA: Sage; 1990. Citado por: Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*. 2006 Jul; 20: 165-93

(68) Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*. 2013; 2(7): 162-67.

(69) Martínez M. *La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico*. 3ª ed. México: Editorial Trillas; 1998.

(70) Cisterna Cabrera F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 2005; 14(1): 61-71.

(71) Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*. 2003; 34(3): 164-67

(72) Parra ML, Briceño I. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Rev Enf Neurol (Mex)* Vol. 12, No. 3: 118-121, 2013.

(73) Noreña AL, Alcaraz M, Rojas JG, Rebolledo D. aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Rev Aquichan, Universidad de la Sabana*, 2012.

(74) Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas [CIOMS]. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. **2017**. [Internet] [Consultado 2017 Nov 10] Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm

- (75) Emanuel Ezequiel. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas 109 Perspectivas. [Internet] [Consultado 2012 Jun 01] Disponible en: http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos_eticos_para_la_investigacion.pdf
- (76) Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
- (77) Ospina D, Rodríguez RE. Reflexión sobre ética de la investigación psicosocial. 2008. Manuscrito no publicado.
- (78) Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
- (79) Galeano Marín ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004.
- (80) Grove SK, Gray JR, Burns N. Understanding nursing research: building and evidence-based practice. Chapter I: introduction to nursing research and evidence-based practice. 6th edition. 2015. Pág.: 1 -30
- (81) Restrepo MH. Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer. P & B [Internet] 2005; 2(25): 6-45 [Consultado 2011 Abr 4] Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/915/995>
- (82) Ramírez CE. Epidemiología de la unidad de quemados del Hospital Universitario de Santander. RCCP 2008; 14(1) [internet]. [acceso mayo 26 de 2018] disponible en: [file:///C:/Users/angela/Downloads/Volumen 14 No. 1 Julio 2008.pdf](file:///C:/Users/angela/Downloads/Volumen%2014%20No.%201%20Julio%202008.pdf)
- (83) Hospital Universitario San Vicente fundación. El Hospital Infantil de San Vicente Fundación, responde a las necesidades en salud de los niños del departamento y del país. 2011. [internet] [acceso mayo 14 de 2018] disponible en: <http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php/comunidad-online/noticias/107-noticias-del-hospital-universitario/477-el-hospital-infantil-de-san-vicente-fundacion-responde-a-las-necesidades-en-salud-de-los-ninos-del-departamento-y-del-pais>
- (84) Equipo Editorial de El Hospital en colaboración del doctor Marco Antonio Hoyos Franco. Consideraciones para la adecuada atención del paciente quemado. Hospital Universitario San Vicente Fundación. 2009. [internet] [acceso mayo 14 de 2018] disponible en: <http://www.elhospital.com/temas/Consideraciones-para-la-adecuada-atencion-del-paciente-quemado+8073071?tema=10000009>

- (85)_OMS. Quemaduras Datos y cifras. 6 de marzo de 2018. [internet] [acceso 14-05-2018] disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- (86) Wallace A. A Burn Intensive Care Unit Nurse's Perspective. *Periop. Nurs. Clin* 2012; 7(1): 71–75. doi:10.1016/j.cpen.2011.12.005
- (87) Molano Pirazan ML, Guerrero SN. Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. *Rev Cubana Enferm* 2012; 28(2):169-180.
- (88) Shepherd L, Begum R. Helping burn patients to look at their injuries: How confident are burn care staff and how often do they help?. *Burns* 2014; 40 (8), pág.: 1602 – 1608 doi: 10.1016/j.burns.2014.02.017. Epub 2014 Jun 7.
- (89) Scherrer S. Advancements of Nursing Roles in Pediatric Burn Care, (2015). Honors Theses. Paper 55. [internet] [acceso mayo 25 de 2018] disponible en: http://digitalcommons.salemstate.edu/honors_theses/55
- (90) Bayuo J, Agbenorku P. Coping strategies among nurses in the Burn Intensive Care Unit: A qualitative study. *Burns Open* 2018; 2(1):47–52. <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2017.10.004>
- (91) Renata Rocha D. Abreu Freitas M^a. E. Ta Rocha D. Abreu Freita. Unidad de tratamiento de quemados: relato de una experiencia de construcción de protocolo de cuidados de enfermería. *Rev. Enfermería Global* 2003; 3(2). [internet] [acceso mayo 20 de 2018] disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/614/640>
- (92) Ministerio de la protección social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS: Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud. Junio 2005, Colombia.
- (93) Castrillón Agudelo MC, Orrego Sierra S, Pérez Peláez L, Ceballos Velásquez ME, Arenas GS. La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. *Invest. educ. enferm* 1999; XVII (1): 13-33
- (94) Parra LC, Losada GF, Camacho AR, Gasca LA, Bautista F. Cuidado integral de enfermería al niño quemado en etapa aguda servicio de pediatría Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo. Universidad Surcolombiana, Neiva, 2003.
- (95) Paniagua M. Atención multidisciplinaria del niño quemado agudo en la sala de internación. 3º Jornadas Nacionales de Medicina Interna Pediátrica, 2º Jornadas Nacionales de Enfermería en Medicina Interna Pediátrica, 1º Jornadas de Kinesiología en Medicina Interna Pediátrica y 1º Jornadas de Farmacia Pediátrica Hospitalaria. Buenos Aires, Agosto del 2012.

(96) Carrilero C, Castillo D, García J. Et al. Desarrollo e implementación de un protocolo de sedación, analgesia y control de delirio en UCI. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Enero 2014.

(97) Godoy L, Pino P, Córdova G, Carrasco JA, Castillo A. Sedación y analgesia para procedimientos invasivos en los niños. Arch Argent Pediatr 2013;111(1):22-28.

(98) Rodríguez I, Fajardo A, Navarro Y. Atención de enfermería a la urgencias pediátrica por quemaduras. Rev Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 20 N° 3 Abril, 2012.

ANEXOS

Anexo 1: Guía de observación participante

La observación se utilizará para la inmersión en el campo y para conocer a las enfermeras que pueden colaborar en el estudio, para aclarar algún aspecto específico de la entrevista relacionado con el saber y para observar las prácticas de cuidado o interacciones de cuidado enfermera -paciente quemado.

Para su ejecución se tendrán en cuenta observaciones descriptivas de los espacios, actores, objetos, eventos y sentimientos (emociones expresadas y emociones observadas), y observaciones enfocadas o selectivas hacia la interacción enfermera – paciente quemado; el tipo de interacción, los comportamientos en la interacción y la comunicación verbal (tono de voz, tipo de conversación, compartir experiencias) y no verbal (conducta visual, proximidad y distancia, movimientos corporales, tacto)

Para guiar las observaciones se tendrán en cuenta asuntos como: aprender qué interacciones de cuidado enfermera – paciente ocurrieron en el proceso de cuidado, se identificaron patrones en esas actividades, brechas y quiebres en la interconexión de una actividad con otra.

Las observaciones intentaran describir las prácticas de cuidado donde se revelan implícita o explícitamente los comportamientos de los participantes.

Además, se realizarán observaciones sobre las características sociales y culturales del servicio, de los comportamientos de las enfermeras y de los pacientes.

Anexo 2: Entrevista semiestructurada

Presentación: Buenas tardes, mi nombre es Jennifer Naranjo Quintero soy estudiante de la Maestría en Enfermería IV cohorte de la Universidad de Antioquia y me encuentro realizando la investigación que le fue descrita en el consentimiento informado que usted ya me ha firmado. La presente entrevista está diseñada para una duración aproximada de 45 minutos, durante los cuales yo le haré unas preguntas y espero que usted me responda con mucha honestidad.

¿Me puede describir lo más detallado posible como es un día de trabajo en la unidad de quemados?

¿Cómo es el proceso de aprendizaje de todos esos saberes que tienes acerca del cuidado del paciente quemado?

¿Cuál es la trayectoria de un paciente quemado cuando llega al hospital?

¿Quiénes conforman el equipo de trabajo de la unidad de quemados, más específicamente, el equipo de curaciones?

¿Hay algún asunto que sea del cuidado propio de la enfermera profesional o todo se comparte con la auxiliar de enfermería?, ¿quién dirige la curación es enfermería?, ¿puede describirme específicamente que realiza la auxiliar y que la enfermera?

¿Qué características debo tener yo como enfermera para poder afrontar y trabajar en la unidad de quemados?

¿Qué es lo más importante que yo como enfermera deba aprender para poder trabajar en la unidad de quemados y qué debo saber hacer?

¿Cuéntame un caso satisfactorio, alguna historia de un paciente que el cuidado haya sido muy significativo para ti?

¿Qué es lo que más le gusta de trabajar en la unidad de quemados?

¿Qué concibe como un cuidado directo o fundamental de la enfermera, netamente de la enfermera dentro del proceso de recuperación del paciente quemado?, ¿o qué se puede relucir frente a los otros miembros del equipo de trabajo de la unidad de quemados?

¿Con base a su experiencia, me puede decir al cuánto tiempo de haber llegado a la unidad adquirió el nivel de experticia o autosuficiencia en su trabajo? ¿Y cómo fue ese proceso?

¿Considera que en enfermería son pocas las oportunidades de cuidar a este tipo de paciente, lo cual contribuye a limitar el conocimiento que se tiene frente al paciente quemado?, ¿Qué le falta a enfermería para cuidar a un paciente quemado?

¿Algo adicional que me quieras contar que no haya preguntado, sobre lo que es el cuidado, sobre las interacciones enfermera-paciente?

Anexo 3: Encuesta sociodemográfica

1. Edad: _____ años
2. Institución de salud donde labora: _____.
3. Servicio donde labora: _____.
4. Años laborados en la Unidad de Quemados: _____.
5. Años totales de experiencia como enfermera: _____.
6. Estudios

- Enfermera general _____
- Enfermera especialista en _____
- Enfermera magister en _____
- Otro estudio _____

Anexo 4: Consentimiento informado

1. Enfermeras:

Responsable: Estudiante de Maestría Jennifer Naranjo Quintero

Directora del proyecto: Doctora Ángela María Salazar Maya

Institución responsable: Universidad de Antioquia

Título de la investigación: saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado.

Objetivo general de la investigación: Comprender los saberes y prácticas de la enfermera en el cuidado del paciente quemado.

Metodología: con el fin de cumplir con el objetivo de la investigación, se planea realizar una investigación cualitativa utilizando como técnica la observación participante y la entrevista semiestructurada en enfermeras que tengan experiencia en el fenómeno de estudio: “Cuidado al paciente quemado”.

Es importante aclarar que la presente investigación con el respectivo consentimiento informado ha sido analizada y validada por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería (CEI-FE) de la Universidad de Antioquia, que da el aval de los resguardos éticos de la investigación.

Por tanto, la/o invitamos a participar en el estudio, mediante la entrevista y la observación como técnicas imprescindibles para llevar a cabo la investigación. La observación se realizará en el sitio de trabajo de las enfermeras participantes (unidad de quemados o urgencias) por un tiempo aproximado de 6 horas cada sesión en el transcurso del primer semestre del presente año. Se realizarán observaciones sobre las características sociales y culturales del servicio, de los comportamientos de las enfermeras y de los pacientes; la entrevista se agendará previamente con cada una de las enfermeras participantes en un lugar tranquilo

externo a la institución, cada entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos, se le pide autorización para grabarlas, para facilitarle a la investigadora obtener datos fidedignos, facilitar la transcripción textual y su posterior análisis.

Beneficios de participar en este estudio: esta investigación no produce beneficios directos o indirectos sobre los participantes. Sus resultados serán de utilidad para describir los saberes y prácticas de las enfermeras en el cuidado del paciente quemado, articular el saber en la práctica y así aportar a la disciplina una fundamentación teórica sobre el cuidado integral del paciente quemado. Se le enviará una copia de la entrevista transcrita para que sea revisada por usted y anexe o retire cualquier información brindada.

Riesgos de participar en este estudio de investigación: según la Resolución 8430 de 1993, que regula la investigación con seres humanos en el país, esta investigación se clasifica de mínimo riesgo para los participantes, ya que no hay intención de hacer daño y las intervenciones propuestas, entrevista y observación, no ponen en peligro la integridad de estos, aunque pueden presentarse algunas molestias “de tipo moral, emocional y psicológico” (59) que en lo posible la investigadora reducirá o evitará.,especialmente dando tiempo, acompañamiento, libertad e información a la persona para resolver dichos asuntos de manera adecuada.

Privacidad, confidencialidad y anonimato: durante las entrevistas se conservará su privacidad. Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial, utilizando códigos que preserven el anonimato de los informantes. Solo la investigadora y su asesora pueden revisar los archivos resultantes de esta investigación. En las publicaciones no incluirán el nombre propio de los participantes o ninguna otra información que permita identificarlos. Para ello se usarán códigos numéricos o seudónimos.

Validación: la investigadora podrá contactarla/o en el futuro, con el fin de aclarar o complementar información si es necesario y para validar la información una vez se termine con la recolección de la misma.

Participación voluntaria: usted, mediante este documento, se invita a participar libre, voluntaria y gratuitamente en el estudio. El equipo investigador se compromete a guardar bajo secreto profesional la información que suministre y le garantiza su plena libertad para preguntar, solicitar información o retirarse de la investigación en cualquier momento que estime necesario, sin que ello derive en repercusiones negativas para usted. La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Es libre de decidir participar, así como de retirarse en cualquier momento, sin que esto implique ningún castigo o pérdida de beneficios. El análisis de la información se hará para todo el conjunto de datos de tal manera que no es posible suministrarle información sobre los resultados de la entrevista de manera individual. Al finalizar el análisis usted será invitado a una presentación pública de resultados. Una vez realizada la investigación la información recolectada no tendrá otra utilización y será destruida de una manera segura y que proteja la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Preguntas y contactos: si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación puede comunicarse Jennifer Naranjo Quintero al teléfono 3137614, al celular 3104207333, o por correo electrónico a: jennifernaranjoq@hotmail.com.

Consentimiento: de manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del investigador. De manera cuidadosa he explicado a los participantes la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basada en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Fecha_____

Investigador:

Nombre_____

Cédula_____

Firma _____

Participante:

Nombre_____

Cédula_____

Firma _____

Testigo

Nombre_____

Cédula_____

Firma _____

(Original y copia)

2. Pacientes

Responsable: Estudiante de Maestría Jennifer Naranjo Quintero

Directora del proyecto: Doctora Ángela María Salazar Maya

Institución responsable: Universidad de Antioquia

Título de la investigación: saberes y prácticas de la enfermera en el cuidado del paciente quemado.

Objetivo general de la investigación: Comprender los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado.

Metodología: con el fin de cumplir con el objetivo de la investigación, se planea realizar una investigación cualitativa utilizando como técnica la observación sobre el “Cuidado al paciente quemado”.

Es importante aclarar que la presente investigación con el respectivo consentimiento informado ha sido analizado y validado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería (CEI-FE) de la Universidad de Antioquia, quien da el aval de los resguardos éticos de la investigación.

Por tanto, la/o invitamos a participar en el estudio, a través de la observación la cual será realizada en el sitio de trabajo de las enfermeras participantes (unidad de quemados o urgencias) por un tiempo aproximado de 6 horas cada sesión, en el transcurso del primer semestre del presente año hasta la saturación de los datos. Se realizarán observaciones sobre las características sociales y culturales del servicio, y el comportamiento de las enfermeras con los pacientes, razón por la cual se requiere de su autorización para ser observado según su condición. El paciente firma cuando se encuentra en completo estado conciencia y orientación.

Beneficios de participar en este estudio: esta investigación no produce beneficios directos o indirectos sobre los participantes. Sus resultados serán de utilidad para describir los saberes y prácticas de las enfermeras en el cuidado del paciente quemado, articular el saber en la práctica y así aportar a la disciplina fundamentación teórica sobre el cuidado integral del paciente quemado.

Riesgos de participar en este estudio de investigación: según la Resolución 8430 de 1993, que regula la investigación con seres humanos en el país, esta investigación se clasifica de mínimo riesgo para los participantes, ya que no hay intención de hacer daño y las intervenciones propuestas, entrevista y observación no ponen en peligro la integridad de estos, aunque pueden presentarse algunas molestias “de tipo moral, emocional y psicológico” (59) que en lo posible la investigadora reducirá o evitará, especialmente dando tiempo, acompañamiento, libertad e información a la persona para resolver dichos asuntos de manera adecuada.

Privacidad, confidencialidad y anonimato: Solo la investigadora, y su asesora pueden revisar los archivos resultantes de esta investigación. En las publicaciones no incluirán el nombre propio de los participantes o ninguna otra información que permita identificarlos. Para ello se usarán códigos numéricos o seudónimos.

Validación: la investigadora podrá contactarla/o en el futuro, con el fin de aclarar o complementar información si es necesario y para validar la información una vez se termine con la recolección de la misma.

Participación voluntaria: usted, mediante este documento, se invita a participar libre, voluntaria y gratuitamente en el estudio. El equipo investigador se compromete a guardar bajo secreto profesional la información que suministre y le garantiza su plena libertad para preguntar, solicitar información o retirarse de la investigación en cualquier momento que estime necesario, sin que ello derive en repercusiones negativas para usted. La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Es libre de decidir participar, así como de retirarse en cualquier momento, sin que esto implique ningún castigo o pérdida de beneficios. El análisis de la información se hará para todo el conjunto de datos de tal manera que no es posible suministrarle información sobre los resultados de la entrevista de manera individual. Una vez realizada la investigación la información recolectada no tendrá otra utilización y se destruirá de una manera segura y que proteja la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

En caso de que no pueda o tenga dificultad para brindar el consentimiento informado por escrito lo supliremos con el consentimiento en forma oral y grabada.

Preguntas y contactos: si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación puede comunicarse Jennifer Naranjo Quintero al teléfono 3137614, al celular 3104207333, o por correo electrónico a: jennifernaranjo@hotmail.com.

Consentimiento: de manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del investigador. De manera cuidadosa he explicado a los participantes la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basada en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Fecha _____

Investigador:

Nombre _____

Cédula _____

Firma _____

Participante:

Nombre _____

Cédula _____

Firma _____

Testigo

Nombre _____

Cédula _____

Firma _____

(Original y copia)

3. Representante legal:

Responsable: Estudiante de Maestría Jennifer Naranjo Quintero

Directora del proyecto: Doctora Ángela María Salazar Maya

Institución responsable: Universidad de Antioquia

Título de la investigación: saberes y prácticas de la enfermera en el cuidado del paciente quemado.

Objetivo general de la investigación: Comprender los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado.

Metodología: con el fin de cumplir con el objetivo de la investigación, se planea realizar una investigación cualitativa utilizando como técnica la observación sobre el “Cuidado al paciente quemado”.

Es importante aclarar que la presente investigación con el respectivo consentimiento informado ha sido analizado y validado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería (CEI-FE) de la Universidad de Antioquia, quien da el aval de los resguardos éticos de la investigación.

Por tanto, le solicitamos la autorización como representante legal de su familiar para consentir la observación, la cual será realizada en el sitio de trabajo de las enfermeras participantes (unidad de quemados o urgencias) por un tiempo aproximado de 6 horas cada sesión, en el transcurso del primer semestre del presente año hasta la saturación de los datos. Se realizarán observaciones sobre las características sociales y culturales del servicio, y el comportamientos de las enfermeras con los pacientes, razón por la cual se requiere de su autorización como representante legal del paciente para ser observado ya que según su condición, el paciente se encuentra inconsciente o con discapacidad mental.

Beneficios de participar en este estudio: esta investigación no produce beneficios directos o indirectos sobre los participantes. Sus resultados serán de utilidad para describir los saberes y prácticas de las enfermeras en el cuidado del paciente quemado, articular el saber en la práctica y así aportar a la disciplina fundamentación teórica sobre el cuidado integral del paciente quemado.

Riesgos de participar en este estudio de investigación: según la Resolución 8430 de 1993, que regula la investigación con seres humanos en el país, esta investigación se clasifica de mínimo riesgo para los participantes, ya que no hay intención de hacer daño y las intervenciones propuestas, entrevista y observación no ponen en peligro la integridad de estos, aunque pueden presentarse algunas molestias “de tipo moral, emocional y psicológico” (59) que en lo posible la misma investigadora reducirá o evitará, especialmente dando tiempo, acompañamiento, libertad e información a la persona para resolver dichos asuntos de manera adecuada.

Privacidad, confidencialidad y anonimato: Solo la investigadora, y su asesora y personal autorizado como el Comité de Ética de investigación de la Facultad de Enfermería (CEI-FE) de la Universidad de Antioquia pueden revisar los archivos resultantes de esta investigación. En las publicaciones no incluirán el nombre propio de los participantes o ninguna otra información que permita identificarlos. Para ello se usarán códigos numéricos o seudónimos.

Validación: la investigadora podrá contactarla/o en el futuro, con el fin de aclarar o complementar información si es necesario y para validar la información una vez se termine con la recolección de la misma.

Participación voluntaria: usted, mediante este documento, se invita a participar libre, voluntaria y gratuitamente en el estudio. El equipo investigador se compromete a guardar bajo secreto profesional la información que suministre y le garantiza su plena libertad para preguntar, solicitar información o retirarse de la investigación en cualquier momento que estime necesario, sin que ello derive en repercusiones negativas para usted. La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Es libre de decidir participar, así como de retirarse en cualquier momento, sin que esto implique ningún castigo o pérdida de beneficios. El análisis de la información se hará para todo el conjunto de datos de tal manera que no es posible suministrarle información sobre los resultados de la entrevista de manera individual. Una vez realizada la investigación la información recolectada no tendrá otra utilización y se destruirá de una manera segura y que proteja la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Preguntas y contactos: si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación puede comunicarse Jennifer Naranjo Quintero al teléfono 3137614, al celular 3104207333, o por correo electrónico a: jennifernaranjoq@hotmail.com.

Consentimiento: de manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del investigador. De manera cuidadosa he explicado a los participantes la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basada en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Fecha _____

Investigador:

Nombre _____

Cédula _____

Firma _____

Participante:

Nombre _____

Cédula _____

Firma _____

Testigo

Nombre _____

Cédula _____

Firma _____

(Original y copia)

4. Asentimiento informado para el paciente pediátrico con quemaduras:

Título de la investigación: saberes y prácticas de la enfermera en el cuidado del paciente quemado.

Responsable: Estudiante de Maestría Jennifer Naranjo Quintero

Directora del proyecto: Doctora Ángela María Salazar Maya

Institución responsable: Universidad de Antioquia

Introducción: Mi nombre es Jennifer Naranjo y mi trabajo consiste en investigar los saberes y prácticas de las enfermeras en el cuidado del paciente quemado. Te voy a dar información e invitaré a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participar o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben qué te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, tus padres/apoderado también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

Objetivo: Comprender los saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado y así garantizar la adecuada atención de otros niños que sufran quemaduras.

Elección de participantes: estamos estudiando la relación enfermera – paciente, tanto en el adulto y niño que sufre alguna quemadura.

Participación voluntaria: no tienes por qué participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no en la investigación, está bien y no cambiará nada. Incluso si dices que “sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde.

Procedimiento: se observara la interacción que la enfermera tiene contigo durante el periodo de hospitalización en la unidad de quemados pediátrica por un tiempo aproximado de 6 horas cada sesión, en el transcurso del primer semestre del presente año.

Riesgos: esta investigación se clasifica de mínimo riesgo para los participantes, ya que no hay intención de hacer daño y las intervenciones propuestas, entrevista y observación no ponen en peligro la integridad de estos, aunque pueden presentarse algunas molestias “de tipo moral, emocional y psicológico”.

Beneficios de participar en este estudio: esta investigación no produce beneficios directos o indirectos sobre los participantes. Sus resultados serán de utilidad para describir los saberes y prácticas de las enfermeras en el cuidado del paciente quemado, articular el saber en la práctica y así aportar a la disciplina fundamentación teórica sobre el cuidado integral del paciente quemado.

Confidencialidad: No diremos a otras personas que estás en esta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no trabaje en el estudio de investigación. Cuando la investigación finalice, se te diremos los resultados, lo mismo a que a tus padres. La información recogida sobre ti por la investigación será retirada y nadie sino los investigadores podrán verla. Cualquier información sobre ti tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se guardará la información con llave.

Validación: la investigadora podrá contactarla/o en el futuro, con el fin de aclarar o complementar información si es necesario y para validar la información una vez se termine con la recolección de la misma.

Compartir los resultados: Cuando finalicemos la investigación, me sentaré contigo y con tu padre/madre y les explicaré lo que hemos aprendido. También te daré un informe con los resultados. Después, informaremos a más gente, a científicos y a otros, sobre la investigación y lo que hemos averiguado. Lo haremos escribiendo, compartiendo informes y en encuentros con personas interesadas en nuestro trabajo.

Preguntas y contactos: si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación puede comunicarse Jennifer Naranjo Quintero al teléfono 3137614, al celular 3104207333, o por correo electrónico a: jennifernaranjoq@hotmail.com.

Entiendo que la investigación consiste en observar la relación enfermera – paciente quemado, que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo y que puedo retirarme cuando quiera.

He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación:

Nombre del niño/a: _____

Firma del niño/a: _____

Huella dactilar del niño/menor (si no sabe escribir)

Fecha: ___/_____/_____

“Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento”.

_____ (iniciales del niño/menor)

___/_____/_____

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador/asistente)

El Padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado _Si _No

Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado al menor de edad la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que él o ella entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que el menor de edad ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del asentimiento. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. _____

Firma _____

Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Anexo5: Cartas de Aval

Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia

Acta N° CEI-FE 2016-48

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.

Lugar y fecha: Medellín, 31 de marzo 2017

Nombre del proyecto: Saberes y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente quemado.

Nombre del Estudiante-investigador de Maestría en Enfermería: Jennifer Naranjo Quintero, asesora: Ángela María Salazar Maya.

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación con base en los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), las normas internacionales que regulan la ética de la investigación (Declaración de Helsinki, 2008; Pautas de la CIOMS, 2002) y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica (Ezequiel Jonathan Emanuel), en los siguientes aspectos:

• Criterios para la conducción responsable de la investigación:

1. Asociación colaborativa: La investigación se hará en un hospital que tiene atención de urgencias para quemados y hospitalización para quemados, anexan carta.
2. Validez científica: Suficiente ilustración.
3. Validez social: Suficiente ilustración.
4. Selección equitativa de los participantes: Se tienen criterios de inclusión.

Se hará una socialización para invitar a las enfermeras a participar y se dejará el contacto del investigador principal para que las voluntarias la localicen. Al inicio serán 4 enfermeras hasta la saturación de la información. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA FACULTAD DE ENFERMERÍA CENTRO DE INVESTIGACION

5. Razón riesgos/beneficios: La investigación es de riesgo mínimo y se contemplan conductas tendientes a la minimización de riesgos y la maximización de beneficios.

6. Evaluación independiente: el CEI-FE revisará para dar su aval al proyecto de investigación.

• Protección de los derechos de los sujetos involucrados en la investigación.

1. Respeto a la autonomía: Cumple con los criterios.

2. Respeto a la Confidencialidad: Está contemplado.

3. El consentimiento informado: se hacen consentimientos para la enfermera participante, para el paciente y para el familiar o representante legal en caso de requerirse. Igualmente, se anexa asentimiento informado para el caso de pacientes menores de edad. Para los consentimientos y/o asentimientos de los pacientes quemados se ha contemplado la alternativa de consentimiento informado oral grabado en caso de dificultades para emitir el consentimiento informado escrito.

4. Custodia: está contemplada.

Conclusión: Se concede aval. La presente Acta fue discutida y aprobada en la reunión extraordinaria virtual del CEI-FE 6 de abril de 2017, a la cual asistieron en calidad de integrantes: Beatriz Elena Arias (representante de investigadores), Yolanda Restrepo (Profesora con formación en ética), Patricia Jaramillo (Externa), María Angélica Arzuaga (representante de docentes) y Beatriz Elena Botero (Abogada).

Firma Beatriz Elena Arias López

c.c. 42.894.067

Presidenta CEI- Facultad de Enfermería

Profesión: Enfermera, Mg Ed y DC, PhD SMC

Cargo actual: Docente

Institución: Universidad de Antioquia

Comité para la evaluación del componente ético en las investigaciones Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia

Hospital Universitario San Vicente Fundación

Medellín, 14 de junio de 2017

Enfermera

JENNIFER NARANJO QUINTERO

Investigadora Principal

Cordial saludo,

La Unidad de Investigaciones y el Comité de Ética han aprobado la ejecución de su proyecto de investigación. En archivo adjunto encontrará copia digitalizada de los oficios correspondientes. Si requiere la respuesta en formato original puede acercarse a la oficina de la Unidad de Investigaciones entre lunes y viernes en horario de 07:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00 horas, ubicada en el tercer piso del Bloque 16 del Hospital Universitario.

Reiteramos nuestra disposición a orientarlo en la siguiente fase que inicia y en la escritura del manuscrito (o el resumen para congreso), la selección de la revista y las diversas etapas para el sometimiento y la publicación.

Atentamente,

Catherin Andrea García

Secretaria Unidad de Investigación

HSVF.

Cagx1@sanvicentefundacion.com

Anexo 6: Aspectos administrativos

Recursos: humanos, materiales y financieros

Tabla 6 Recursos

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Personal docente- asesor	192	\$50,000	\$9,600,000
INSUMOS Y MATERIALES			
Computador	1	\$1,100,000	\$1,100,000
Fotocopias / Impresiones	100	\$100	\$10,000
Transporte	336	\$2,400	\$806,400
Grabadora de voz	1	\$225,000	\$225,000
Revisión de escritura	155	\$8,000	\$1,240,000
Transcripción de grabación de entrevistas	26	\$30,000	\$780,000
Carpeta	1	\$5,800	\$5,800
Libreta	3	\$2,200	\$6,600
Lapicero	4	\$1,000	\$4,000
CD	1	\$2,000	\$2,000
Memoria USB	1	\$28,000	\$28,000
DIVULGACIÓN			
Presentación institucional	1	\$130,000	\$130,000
Gastos de publicación en Revista	1	\$2,000,000	\$2,000,000
TOTAL	-----	-----	\$15,937,800

Cronograma de actividades

Tabla 7 Cronograma

AÑO		2016										2017													
MES		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
ACTIVIDAD																									
Búsqueda bibliográfica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Elaboración del anteproyecto de investigación			X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Revisión por comité de ética de la investigación													X	X	X	X	X								
Recolección de datos																	X	X	X	X	X	X	X		
Análisis de hallazgos																									
Elaboración del informe final																									
Divulgación institucional					X					X							X				X		X		
Envío para publicación																						X	X		

AÑO		2018											
MES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ACTIVIDAD													
Búsqueda bibliográfica			X	X	X	X	X						
Elaboración del anteproyecto de investigación		X	X	X	X	X	X						
Revisión por Comité de Ética de la investigación													
Recolección de datos		X	X										
Análisis de hallazgos				X	X	X	X						
Elaboración del informe final						X	X		X	X	X		
Divulgación institucional						X						X	
Envío para publicación												X	